

Når foreligger opplysningsplikt for helsepersonell overfor barneverntjenesten?

Analyse og drøfting av rettstilstanden

Kandidatnummer: 648

Leveringsfrist: 30. april 2013

Antall ord: 17 972



Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Avgrensning.....	2
1.2	Rettskilder.....	5
1.2.1	Fylkesmannen	7
1.2.2	Statens helsetilsyn	7
1.2.3	Statens helsepersonellnemnd, søksmål og Stortingets ombudsmann for forvaltningen	8
1.2.4	Vekten av avgjørelser fra Fylkesmannen, Statens helsetilsyn og Statens Helsepersonellnemnd	8
2	GRUNNLEGGENDE HENSYN	10
3	FOLKERETTSLIGE KRAV	14
3.1	FNs barnekonvensjon artikkel 19	15
3.2	Den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 8.....	16
3.3	Betydningen overfor de norske bestemmelsene	18
4	FELLES VILKÅR FOR OPPLYSNINGSPLIKT AV EGET TILTAK OG VED PÅLEGG	18
4.1	Mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt.....	22
4.1.1	Grunn til å tro	23
4.2	Vedvarende alvorlige atferdsvansker	26
4.3	Utnyttelse av barn til menneskehandel	27
4.4	Kan barnevernloven § 6-4 annet ledd første punktum tolkes utvidende?	28
5	OPPLYSNINGSPLIKT AV EGET TILTAK – MELDEPLIKT	29
5.1	Helsepersonells vurdering	30
5.2	Nærmere om når opplysningsplikten inntreffer	33

5.2.1	Rusmisbruk og psykiske problemer hos foreldre	34
5.2.2	Vold.....	37
5.2.3	Seksuelle overgrep	43
5.2.4	Kjønnslemlestelse	47
5.2.5	Tannhelse	47
6	OPPLYSNINGSPLIKT VED PÅLEGG	49
6.1	Har helsepersonell plikt til å foreta en selvstendig vurdering av om vilkårene er oppfylt når barneverntjenesten har gitt pålegg?	50
6.1.1	Kilder som taler for at helsepersonell har plikt til å foreta en selvstendig vurdering	51
6.1.2	Kilder som taler mot at helsepersonell har plikt til å foreta en selvstendig vurdering	52
6.1.3	Drøfting	56
7	HVORDAN AVHJELPE TOLKNINGSPROBLEMER?	57
7.1	Bakgrunnen for tolkningsproblemer.....	58
7.1.1	En velfungerende opplysningsplikt avhenger både av evne og vilje	58
7.2	Lovteknikk.....	60
7.3	Videre eller enklere formulert opplysningsplikt.....	62
7.4	Bedre informasjon innenfor dagens regelverk.....	64
8	LITTERATURLISTE	65

1 Innledning

Barn og unge som lever med omsorgssvikt og mishandling er i høyrisiko for å utvikle alvorlig psykisk lidelse og generell dysfunksjon.¹ Konsekvensene kan bli fatale, noe Christoffer-saken² er et eksempel på.

Befolkningsstudier har vist at omfang av vold mot barn står i sterk kontrast til antall barnevernssaker hvor dette er oppgitt som årsak. Dette gir grunn til å tro at helsepersonell og andre *ikke oppdager symptomer eller unnlater å melde*.³ Også Fylkesmannen i Oppland har uttrykt bekymring for underrapportering fra helsepersonell. Ved kartlegging av meldepikten i fylket for årene 2008-2010 fremkom enkelte svært lave eller ingen tall, der en ut fra pasientgrunnlaget skulle forvente noe annet. Av det totale antall meldinger, varierte andel meldinger fra helsesektoren fra under 15 % til over 60 %.⁴

I regjeringens strategi for forebygging av 2009 ble det varslet igangsettelse av et interdepartementalt arbeid for å gjennomgå regelverket for opplysningsplikt og taushetsplikt samt *kartlegge rettsoppfatninger og praksis i ulike fagmiljøer*.⁵ Også Flatø-utvalget foreslo i 2009 en gjennomgang av rettsoppfatninger og praktisering i de ulike fagmiljøene. Utvalget fant det ikke mulig å foreslå konkrete lovendringer, idet mandatets regelverk var for omfattende, erfaringsgrunnlaget for snevert og avveiningen mellom personvernet og behovet for god koordinering måtte vurderes i en bredere sammenheng.⁶ Arbeidet med å gjennomgå rettsoppfatninger og praksis er satt i gang. Norsk institutt for forskning om oppvekst, vel-

¹ Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2013)

² LA-2008-179127, LA-2012-92858

³ Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2013)

⁴ Fylkesmannen i Oppland (2013)

⁵ G-0418 B s.44

⁶ NOU 2009:22 s.95-96

ferd og aldring, NOVA, kartlegger nå hvordan regelverket brukes. Deretter vil departementene vurdere behovet for å endre lovverket knyttet til taushetsplikt.⁷

I denne avhandlingen skal jeg foreta en analyse og drøfting av når det foreligger opplysningsplikt for helsepersonell overfor barneverntjenesten. Herunder vil jeg vise at det finnes forskjellige tolkninger i de ulike fagmiljøene og rettskildene, samt drøfte mulige årsaker til dette.

Opplysningsplikt anvendes som et samlebegrep på opplysninger som gis av eget tiltak, undertiden betegnet meldeplikt, og opplysninger som gis etter anmodning. Opplysningsplikt innebærer en pliktmessig tilsidesettelse av taushetsplikten. Legalitetsprinsippet innebærer at lovhjemmel er en forutsetning for opplysningspliktens inntreden.⁸ Lovhjemlene for helsepersonells opplysningsplikt overfor barneverntjenesten er gitt i barnevernloven § 6-4 tredje, jf. annet ledd og helsepersonelloven § 33 annet og tredje ledd.

1.1 Avgrensning

Etter barnevernloven § 6-4 annet og tredje ledd og bestemmelser i særlovgivningen har også flere andre aktører opplysningsplikt til barneverntjenesten. Jeg vil kun behandle helsepersonells opplysningsplikt idet jeg ønsker å gå i dybden på ett område. Helsepersonell er valgt fordi det her finnes mer forvaltningspraksis enn for andre yrkesgrupper. Da § 6-4 annet og tredje ledd oppstiller tilsvarende vilkår for og omfang av opplysningsplikt for alle som omfattes av bestemmelsen, vil likevel avhandlingen ha overføringsverdi til de øvrige yrkesgruppene.

Helsepersonell defineres i helsepersonelloven § 3 første ledd og omfatter blant annet helsepersonell med autorisasjon og lisens etter helsepersonelloven §§ 48 og 49, personell i hel-

⁷ Prop. 106 L (2012–2013) s.35

⁸ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.101

se- og omsorgstjenesten og apotek som utfører helsehjelp samt elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører helsehjelp.⁹ Opplysningsplikten etter helsepersonelloven § 33 gjelder kun for helsepersonell som yter helsehjelp. Med helsehjelp forstås enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 3 tredje ledd. Offentlig ansatt helsepersonell har opplysningsplikt både etter barnevernloven § 6-4 annet og tredje ledd, mens plikten for privatpraktiserende er betinget av at de utfører oppgaver som profesjonsutøvere. I avhandlingen vil jeg kun behandle opplysningsplikten for helsepersonell som utfører oppgaver som profesjonsutøvere.

Av lovens system følger at opplysningsplikten kun omfatter informasjon man får tilgang til i forbindelse med sine arbeidsoppgaver og ikke som privatperson. Ved grensedragningen er det avgjørende om opplysningene er gitt *fordi* vedkommende har de arbeidsoppgavene han har, jf. analogi fra Rt. 1989 s. 1363,¹⁰ der opplysninger gitt uoppfordret til en sosialarbeider på en privat fest var omfattet av taushetsplikten idet de ble gitt sosialarbeideren «i hennes egenskap av sosialarbeider».

Opplysningsplikten er et *selvstendig og personlig ansvar* som påhviler hvert enkelt helsepersonell.¹¹ I helseinstitusjoner skal det utpekes en ansvarlig person for utlevering av opplysninger, jf. helsepersonelloven § 33 fjerde ledd. Virksomhetene som sådan har plikt til å etablere et internkontrollsystem og tilrettelegge for at opplysningsplikten overholdes, jf. helsetilsynsloven § 3 første ledd og forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Hva det innebærer at plikten er et selvstendig og personlig ansvar vil utdypes noe senere i avhandlingen, mens det avgrenses mot beskrivelse av kravene til internkontrollsystemet og den ansvarlige personen.

⁹ Se også §§ 3 annet ledd og 48 fjerde ledd

¹⁰ Andersen (2008) s.32

¹¹ Prop.43L (2011-2012) s.58, også analogi fra LE-1998-496

Opplysningsplikten henger uoppløselig sammen med taushetsplikten, opplysningsretten og taushetsretten. Da emnene er svært omfattende i seg selv, avgrenses det mot en selvstendig behandling av disse. Emnene er imidlertid helt nødvendig for forståelsen og avgrensingen av opplysningsplikten og vil derfor kort redegjøres for her.

Helsepersonell har i utgangspunktet en streng profesjonsmessig taushetsplikt, jf. helsepersonelloven §§ 21 og 21a. I bestemmelsene ligger både en passiv plikt til å tie, en aktiv plikt til å hindre at andre får kjennskap til taushetsbelagte opplysninger¹² og et korresponderende forbud mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Mellom ytterpunktene taushetsplikt og opplysningsplikt, står opplysningsrett og samtidig taushetsrett, som innebærer at helsepersonell har adgang til å gi opplysninger til barneverntjenesten, men ingen plikt.¹³ Dette vil være tilfelle ved opplysninger som ikke er taushetsbelagte eller der det er gjort unntak fra taushetsplikten, for eksempel ved pasientens samtykke, jf. helsepersonelloven § 22.¹⁴

Den som yter helsehjelp skal i sitt arbeid «være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side», jf. helsepersonelloven § 33 første ledd. Dersom oppmerksomhet medfører kjennskap til forhold hvor alvorlighetsgraden for opplysningsplikt ikke er oppfylt, kan videreformidling av opplysninger kun skje på bakgrunn av samtykke.¹⁵ Barnevernloven § 6-4 første ledd understreker at innhenting av opplysninger bør skje i samarbeid med vedkommende opplysningene gjelder. Også i forarbeidene og rundskriv til helsepersonelloven § 33 fremheves at samtykke bør forsøkes innhentet før opplysninger videreformidles, under forutsetning av at dette ikke kommer i strid med opplysningspliktens formål.¹⁶ Uforenlig med formålet vil fremgangsmåten for eksempel være der det er

¹² NOU 1993:33 s.123

¹³ IS-17/2006 s.5

¹⁴ NOU 1993:33 s.128

¹⁵ Befring (2010) s.259-260

¹⁶ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.105, 233, IS-8/2012 s.85-86

fare for bevisforspillelse eller at barnet bortføres¹⁷ og ved mistanke om vold eller seksuelle overgrep. Da det faller utenfor avhandlingens tema, avgrenses det mot kravet til og hensynene bak samtykke.

Jeg avgrenser også mot konsekvensene av pliktbrudd, men vil komme med noen korte bemerkninger om ilagt administrativ reaksjon i omtalen av avgjørelser fra Statens helsetilsyn og Statens Helsepersonellnemnd. Manglende overholdelse av opplysningsplikten medfører at pliktbrudd påpekes. I tillegg *kan* det gis administrativ reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11. I sakene jeg har hatt tilgang til har det aldri blitt benyttet strengere reaksjon enn advarsel, som *kan* gis ved forsettlig eller uaktsom overtredelse av opplysningsplikten, hvis «pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten, til å påføre pasienter eller brukere en betydelig belastning eller til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten», jf. helsepersonelloven § 56 første ledd. Formuleringen «kan» innebærer at det skal foretas en helhetsvurdering dersom vilkårene er oppfylt.

1.2 Rettskilder

Vanlig rettskildelære benyttes på dette området.¹⁸ Imidlertid foreligger lite rettsprakis, noe som medfører at forarbeider samt forvaltningspraksis fra Statens helsepersonellnemnd og tilsynsmyndighetene, som består av Statens helsetilsyn og Fylkesmannen, får større vekt. Praksis fra disse forvaltningsorganene vil bli brukt i stor grad i avhandlingen og kommenteres derfor særskilt under dette punktet.

Selv om helsepersonell som har brutt opplysningsplikten har adgang til å bringe vedtak om administrativ reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11 inn for domstolene, har jeg ikke

¹⁷ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.105

¹⁸ Pga. ordbegrensningen går jeg ikke nærmere inn på dette, se f.eks. den mye brukte rettskildefremstillingen hos Eckhoff (2010)

funnet noen saker der dette har blitt gjort. Dette skyldes trolig at det aldri har blitt ilagt en strengere reaksjon enn advarsel.

I Rt. 2003 s. 301 uttaler Høyesterett at en beslutning om å iverksette undersøkelsessak og de tiltak som iverksettes som ledd i undersøkelsessaken, for eksempel innhenting av opplysninger etter barnevernloven § 6-4, ikke er enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand, og at rettmessigheten av slike saksbehandlingsskritt som hovedregel ikke kan gjøres til gjenstand for særskilt søksmål. Eventuelle feilgrep på dette stadiet kan imidlertid få betydning i saksanlegg rettet mot vedtaket som eventuelt blir truffet og kan underbygge et erstatningskrav.¹⁹ Det samme må gjelde meldeplikt.

Foruten Rt. 2003 s. 301 har jeg kun funnet en sak fra de alminnelige domstolene der helsepersonells opplysningsplikt blir berørt, LA-1996-528. Saken gjaldt krav om erstatning og oppreisning grunnet i en uberettiget undersøkelsessak og en uaktsomt fremsatt bekymringsmelding fra en psykolog. Saksforholdet fant sted i 1992 og ble bedømt etter tidligere barnevernlov av 1953, der helsepersonells opplysningsplikt var noe annerledes utformet enn nåværende lov. Saken vil bli omtalt nærmere under punkt 5.2.2.

Rundskriv antas å bli hyppig brukt av helsepersonell og barnevernsansatte i deres daglige virke og har derfor trolig stor betydning for hvordan opplysningsplikten anvendes i praksis. De viktigste rundskrivene på området er Barne- og familiedepartementets rundskriv Q-24 fra 2005, Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-17/2006 og Helsedirektoratets rundskriv IS-8/2012. Rundskrivene er en autoritativ kilde med noe vekt.²⁰ Tilsynsmyndighete-

¹⁹ Rt-2003-301. Saken ble brakt inn for EMD, se K.T. v. Norway, omtalt under punkt 3.2. EMD konkluderte med at art. 6 første ledd ikke var krenket, og bemerket at de var oppmerksom på behovet for å sikre hensiktsmessige og effektive undersøkelser for å beskytte barn.

²⁰ Eckhoff (2010) s. 227 flg.

ne²¹ og innklaget helsepersonell²² henviser til rundskriv IS 17/2006 i tilsynssaker, noe som viser at rundskrivet tillegges vekt og trolig er det mest benyttede rundskriv blant helsepersonell.

1.2.1 Fylkesmannen

Mens Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsynet, fører Fylkesmannen tilsyn med helsepersonell og virksomhetene i fylket, jf. helsetilsynsloven §§ 1 og 2 første og tredje ledd. I tilknytning til tilsynet skal Fylkesmannen gi råd, veiledning og opplysninger, jf. § 2 annet ledd.

Fylkesmannen skal påse at alle som yter helse- og omsorgstjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet for å forebygge svikt, jf. helsetilsynsloven § 3 annet ledd. Etter helsepersonelloven § 55 første ledd og pasientrettighetsloven § 7-4 første punktum kan den som mener at pliktbestemmelser i eller i medhold av helsepersonelloven er brutt til ulempe for seg, be Fylkesmannen om en vurdering. Fylkesmannen kan påpeke pliktbrudd og gi veiledning i saker av mindre alvorlig karakter, men ikke ilegge administrative reaksjoner, pålegg eller tvangsmulkt.²³

1.2.2 Statens helsetilsyn

Dersom Fylkesmannen mener at det bør ilegges reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11, oversendes saken til Statens helsetilsyn til vurdering der, jf. helsetilsynsloven § 2 fjerde og femte ledd og helsepersonelloven § 55 tredje og fjerde ledd.

²¹ Statens helsetilsyn, 29.11.2010, Statens helsetilsyn, 3.3.2010, Statens helsetilsyn, klinisk pedagog 22.7.2009, Fylkesmannen i Oslo og Akershus, 10.8.2012

²² HPN-2011-35, HPN-2011-36

²³ IS-8/2012 s.127

Hvis en virksomhet drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette på forholdene, jf. helsetilsynsloven § 5, jf. også spesialisthelsetjenesteloven § 7-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 annet ledd.

1.2.3 Statens helsepersonellnemnd, søksmål og Stortingets ombudsmann for forvaltningen

Vedtak fra Statens helsetilsyn kan påklages til Statens helsepersonellnemnd, jf. helsepersonelloven § 68. Helsepersonellnemnda en uavhengig posisjon i forhold til både Statens helsetilsyn og departementet.²⁴

Søksmål til domstolene, som kan prøve alle sider av saken, forutsetter uttømt klageadgang. Behandling i Helsepersonellnemnda er således en forutsetning for søksmål, jf. helsepersonelloven § 71 første ledd, jf. forvaltningsloven § 27 b. Vedtak kan også bringes inn for Stortingets ombudsmann for forvaltningen, jf. helsepersonelloven § 71 tredje ledd.

Samlet må dette sies å innebære en grundig overprøvingsadgang for helsepersonell som blir ilagt administrativ reaksjon. Dette bidrar til rettssikkerhet og et system egnet til å skape allmenn tillit.²⁵

1.2.4 Vekten av avgjørelser fra Fylkesmannen, Statens helsetilsyn og Statens Helsepersonellnemnd

En forutsetning for at avgjørelser fra Fylkesmannen, Statens helsetilsyn og Statens helsepersonellnemnd skal kunne tillegges betydning i senere sammenhenger, er at det angis retningslinjer eller kriterier for hvordan en lov eller forskrift skal forstås. I tillegg må sakene

²⁴ Befring (2010) note 216

²⁵ IS-8/2012 s.157

ha likhetstrekk som gjør de sammenliknbare. En avgjørelse som er omgjort av en høyere instans, har ingen betydning for senere avgjørelser.²⁶ Avgjørelsene inneholder tolkningsuttalelser om opplysningsplikten, ofte med henvisning til rundskriv, og uttalelsene vil ha overføringsverdi til andre saker. Saksforholdene varierer mye og subsumsjonen på den konkrete sak vil derfor bare kunne benyttes som en veiledning i forhold til hvor listen ligger i ulike sakstyper.

Avgjørelser fra internasjonale og norske domstoler vil legge premisser for Helsepersonellnemnda og tilsynsmyndighetene²⁷ da domstolene kan overprøve forvaltningsorganenes vedtak, men dette har liten betydning på opplysningspliktens område idet svært få saker har blitt behandlet hos domstolene.

Dette medfører at Helsepersonellnemndas praksis må tillegges stor vekt og vil gi veiledning for hvor tilsynsmyndighetene skal legge listen for disiplinærreaksjoner. Nemndas vedtak er publisert på deres hjemmeside og på lovdata, hvilket innebærer at de i utgangspunktet er like lett tilgjengelig som rettspraksis fra de alminnelige domstolene.

Avgjørelser fra Statens helsetilsyn kan tillegges vekt der de ikke er påklaget til Helsepersonellnemnda, og hvor begge organene kommer til samme resultat og Statens helsetilsyns vedtak inneholder utdypninger. Vekten av Statens helsetilsyns avgjørelser svekkes av manglende tilgjengelighet. Kun et fåtall av avgjørelsene vedrørende opplysningsplikt er publisert på deres hjemmeside og tilgang til de øvrige forutsetter innvilget innsyn.²⁸ Manglende tilgjengelighet og derav vekt gjelder i enda større grad for Fylkesmannens avgjørel-

²⁶ Befring (2003)

²⁷ Se f.eks. Eckhoff (2011) s.155, 233 flg.

²⁸ De fleste av sakene fra Statens helsetilsyn som er brukt i avhandlingen har jeg fått tilgang til gjennom innvilget innsyn. Da datoen er fjernet i flere av sakene, har jeg benyttet en henvisningsteknikk nærmere beskrevet i litteraturlisten.

ser, der hovedregelen er at avgjørelser ikke publiseres. De få publiserte avgjørelsene vil imidlertid kunne tillegges noe vekt.

2 Grunnleggende hensyn

Det overordnede hensyn bak reglene om opplysningsplikt overfor barneverntjenesten er avdekking av hjelpebehov for å iverksette tiltak som gir barnet forsvarlige oppvekstforhold.²⁹ Helsepersonells opplysningsplikt skal tilrettelegge for at barn får nødvendig omsorg utover behovet for helsehjelp.³⁰ Opplysningsplikten er således begrunnet i hensynet til barnet.³¹

Opplysningsplikten er også en viktig markering av hvor alvorlig overgrep og omsorgssvikt overfor barn er.³² Forskning viser at former for atypisk omsorgsutøvelse som vold påvirker hjerneorganiske funksjoner. Voldsutsatte barn skårer lavere på kognitive mål, har oftere allergi, pusteproblemer, hodepine, mageproblemer, søvnvansker og svekket immunsystem samt viser mer antisosial atferd som stjeling, lyving, kriminalitet og rus.³³ Vanlige skadevirkninger av seksuelle overgrep er blant annet psykosomatiske tilstander, angst, depresjon, hallusinasjoner, suicidalitet, tendens til å bli offer på nytt og utvikling av overgriperatferd.³⁴

FNs barnekonvensjon (heretter forkortet BK) artikkel 3 første ledd fastsetter at barnets beste skal være *et* grunnleggende hensyn ved *alle* handlinger som berører barn. Barnevernloven § 4-1 fastslår at barnets beste skal være *det* sentrale hensyn ved valg av tiltak etter lovens kapittel 4, og bestemmelsen tillegger således hensynet større vekt enn konvensjonen

²⁹ NOU 1982:26 s.129-130, NOU 1985:18 s.276-277

³⁰ Befring (2010) s.259

³¹ NOU 1993:33 s.182

³² St.meld.nr.72 (1984-1985), NOU 1985:18 s.277

³³ Ot.prp.nr.104 (2008-2009) s.28, Q-1144 B s.11

³⁴ IS-1060 (2003) s.12

gjør.³⁵ § 4-1 medfører imidlertid ikke at hensynet i seg selv kan begrunne tiltak,³⁶ det gjelder kun i tilknytning til de forhold som dekkes av bestemmelsen. Artikkel 3 første ledd derimot, gir som Haugli har uttalt, «holdepunkter for at hensynet til barnets beste skal gis nærmest en universell anvendelse».³⁷

Opplysningsplikten hviler på den forutsetning at barneverntjenesten har de beste faglige forutsetninger for å hjelpe barn og unge. På bakgrunn av det ansvarsområde og den myndighet de er tillagt i medhold av barnevernloven,³⁸ er barneverntjenesten gjennom lovens § 6-4 gitt en videre tilgang til opplysninger enn hva andre offentlige myndigheter og fagpersoner som jobber med barn er gitt.³⁹

Barn som utsettes for omsorgssvikt har liten mulighet til å beskytte seg selv og det er grunn til å tro at alvorlig omsorgssvikt tildekkes av både foreldre og barn. For foreldre vil det kunne være vanskelig å erkjenne, mens lojalitetshensyn kan være en viktig grunn til at barn vegrer seg for å gi ut informasjon.⁴⁰ For å kunne ivareta sine oppgaver er barnevernet avhengig av at andre melder fra,⁴¹ og samfunnet forventer at helsepersonell og andre med opplysningsplikt griper inn der det er nødvendig. Familier trenger hjelp i langt flere tilfeller enn hvor mishandling er skjedd, og bistand bør komme inn før barnet blir skadet.⁴²

Formålet med opplysningsplikt ved pålegg er dokumentasjon av opplysninger som er nødvendig for å iverksette tiltak. Da inngrepshjemlene i barnevernloven gir et forholdsvis vidt spillerom for skjønnsutøvelse, må det av hensyn til å få rettsriktige avgjørelser, stilles sær-

³⁵ Ot.prp.nr.45 (2002-2003) s.25

³⁶ Lindboe (2012) s.46

³⁷ Haugli (2002) s.317

³⁸ F.eks. barnevernloven §§ 1-1, 1-2, 1-3, 2-1, 3-1

³⁹ Andersen (2008) s.28-29

⁴⁰ Andersen (2008) s.28

⁴¹ HOD (2010), ref. 201001300-/RH s.1

⁴² NOU 1982:26 s.129-130, NOU 1985:18 s.277

lig strenge krav til utredning av faktum. Innhenting av opplysninger gjennom pålegg kan bidra til å forkorte tiden fra bekymringsmelding til tiltak iverksettes.⁴³

Mot hensynene for opplysningsplikt står vektige argumenter for taushetsplikt, og spenningsfeltet reiser vanskelige avveiningsspørsmål. Det bærende motiv for taushetsplikten er respekten for individers personlige integritet, herunder ikke å få sin anseelse forringet utad.⁴⁴ Privatlivets fred og beskyttelse mot spredning av personsensitive opplysninger er en grunnleggende verdi i europeisk rettskultur. Slike personvern hensyn ligger bak Den europeiske menneskerettskonvensjon (heretter forkortet EMK) artikkel 8 om retten til respekt for familieliv og privatliv. Opplysningsplikt innebærer en viss fare for at opplysninger formidles på sviktende grunnlag.⁴⁵

Det vil imidlertid ikke være formålstjenlig å gjøre opplysningsplikten betinget av sikker kunnskap, da sikker kunnskap sjelden vil foreligge på bekymringsstadiet. Barnevernundersøkelser krever ofte metodisk observasjon og innhenting av opplysninger over lengre tid⁴⁶ fra ulike aktører.

Hensynet til å unngå iverksettelse av tiltak på feil grunnlag, er til en viss grad ivaretatt gjennom rett til å utøve kontradiksjon senere i saksbehandlingsprosessen. Med partsstatus har man rett til forhåndsvarsel, dokumentinnsyn og løpende informasjon om nye opplysninger. Før rettighetene utløses, kan imidlertid familien allerede ha vært gjenstand for en belastende undersøkelsesprosess. Særlig i små og gjennomsluktige lokalsamfunn vil dette kunne oppleves tyngende.⁴⁷ Noe mindre blir denne belastningen ved at barneverntjenesten har taushetsplikt etter barnevernloven § 6-7, jf. forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Meldinger

⁴³ Andersen (2008) s.28-29

⁴⁴ Prop.91L (2010-2011) s.105

⁴⁵ Andersen (2008) s.29

⁴⁶ Andersen (2008) s.29

⁴⁷ Andersen (2008) s.29-30

som viser seg å være fremsatt på sviktende grunnlag vil også kunne være belastende for avgiver og utløse sterke reaksjoner fra både foreldrene og egne kolleger.⁴⁸

Også bredere samfunnsinteresser, som hensynet til å bevare enkeltindividers tillitsforhold til hjelpeapparatet, kan tale mot en vid opplysningsplikt.⁴⁹ Taushetsplikten er en del av grunnlaget for tillitsforholdet mellom pasienter og helsepersonell,⁵⁰ og en meldeplikt kan svekke tillitsforholdet. Som en del av grunnlaget for at pasienter har et åpent forhold til helsepersonell, er taushetsplikten også ofte bakgrunnen for at helsepersonell kan utføre sin oppgave.⁵¹ Dersom behandleren ikke har tilstrekkelige opplysninger om sykdomsbilde, forhistorie og situasjon ellers, vil behandlingen kunne lide, og pasienten kan i verste fall få gal behandling. Det er derfor et grunnleggende hensyn og i pasientens interesse, at behandleren har nødvendig informasjon.⁵² Opplysningsplikten kan medføre at pasienter tilbakeholder eller oppgir feilaktig informasjon⁵³ eller i verste fall unnlater å oppsøke helsepersonell i krisesituasjoner av redsel for å bli fratatt barna. Dette, samt helsepersonells redsel for å ta feil, kan begrense effekten av meldepliktbestemmelsen.⁵⁴

Opplysningsplikten har gradvis blir utvidet til å omfatte flere yrkesgrupper, samtidig stilles stadig større krav til deres oppmerksomhet. I denne utviklingen er det viktig å huske på at det grunnleggende samfunnsproblem og det viktigste å forebygge, er at omsorgssvikt *oppstår*. Helsepersonell vil i noen tilfeller kunne forhindre omsorgspersoner fra skadelig atferd overfor barna, som rusmisbruk og voldelige tendenser. Dersom personer ikke oppsøker behandling av redsel for å bli meldt til barnevernet, kan selve eksistensen av en lovpålagt

⁴⁸ Andersen (2008) s.30

⁴⁹ Andersen (2008) s.30

⁵⁰ Innst.O. nr 80 (1991-1992) s.35

⁵¹ Innst.O.nr.80 (1991-1992) s.35

⁵² NOU 2009:1 s.160

⁵³ Prop.91L (2010-2011) s.105

⁵⁴ Innst.O.nr.80 (1991-1992) s.35

opplysningsplikt ha motsatte effekt enn tilsiktet, ved å forhindre avvergelse på behandlernivå. Spenningsfeltet mellom opplysningsplikten og helsepersonells behandlerfunksjon er problematisk.

Gjennomgangen viser at det ikke er et entydig valg mellom taushetsplikt på den ene siden og barnets interesser på den andre siden. Barnets helse og velferd er ikke et hensyn som entydig taler for at man velger kommunikasjon fremfor diskresjon.⁵⁵ Jeg vil komme tilbake til hvordan de kryssende hensyn påvirker bestemmelsenes utforming og tolkning.

3 Folkerettslige krav

Folkerettslige kilder av betydning for opplysningsplikten er særlig BK artikkel 19 om beskyttelse av barn mot alle former for skade, BK artikkel 3 om barnets beste og EMK artikkel 8 om retten til respekt for privat- og familieliv. Privat- og familieliv er også vernet av BK artikkel 16 og FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter artikkel 17. BK inneholder en rekke andre bestemmelser som stiller krav til barns levevilkår og beskyttelse, som bør leses i sammenheng med artikkel 19.⁵⁶

Da det er BK artikkel 19 og EMK artikkel 8 som har størst direkte betydning for opplysningsplikten, vil jeg kun gå i dybden på disse bestemmelsene. EMK og BK er inkorporert i norsk rett med forrang fremfor annen norsk lovgivning, jf. menneskerettsloven § 2 nr. 1 og 4, jf. § 3. FNs generalforsamling vedtok desember 2011 en tilleggsprotokoll til BK om in-

⁵⁵ Oma (1998) s.231-232

⁵⁶ Særlig kan nevnes art. 6, 20, 23, 24, 27, 33, 34, 35, 36, 37 og 39. Også EMK art. 3. Se f.eks. *Z and others v. The United Kingdom*, krenkelse av art. 3 og 13, da Storbritannia ikke hadde hindret omsorgssvikt og mis-handling. Dommen har ikke betydning for selve opplysningsplikten, idet helsepersonell osv, hadde meldt fra. Det finnes også flere andre konvensjoner og tilleggsprotokoller vedrørende beskyttelse av barn.

dividuell klagerett. Tilleggsprotokollen ble fremlagt for signering 28. februar 2012, men den har ennå ikke blitt signert og ratifisert av Norge.⁵⁷

3.1 FNs barnekonvensjon artikkel 19

BK artikkel 19 første ledd pålegger statene å ta alle «appropriate legislative, administrative, social and educational measures to protect the child from all forms of physical or mental violence, injury or abuse, neglect or negligent treatment, maltreatment or exploitation, including sexual abuse, while in the care of parent(s), legal guardian(s) or any other person who has the care of the child».

Hvilke beskyttelsestiltak som bør omfattes er nærmere utdypet i bestemmelsens annet ledd og inkluderer utforming av sosiale programmer, andre former for forebygging, påpeking, rapportering, viderehenvisning, undersøkelse, behandling og rettslig oppfølging.

Under arbeidet med konvensjonen ble det fremmet forslag om en langt mer konkret og omfattende oppregning av tiltak i annet ledd, men man ble enig om at det var mest hensiktsmessig å gi statene et relativt vidt rom for skjønn.⁵⁸

FNs barnekomité har uttalt at det som minimum må kreves at yrkesutøvere som arbeider direkte med barn melder fra om tilfeller, mistanke eller risiko for alle former for fysisk eller psykisk vold, skade, misbruk, vanskjøtsel, forsømmelig behandling, mishandling eller utnyttning, herunder seksuelt misbruk. Dette forutsetter vilje og evne til å iverksette tiltak samt nødvendig kunnskap, herunder evne til å gjenkjenne problemer selv om barn ikke eksplisitt spør om hjelp. For å kunne igangsette tiltak så tidlig som mulig, bør risikofaktorer og tegn identifiseres. Det bør foreligge klare retningslinjer og opplæring av hvordan og når saken skal henvises til den ansvarlige etat. I tillegg må det finnes beskyttelsesprosesser for den

⁵⁷ NOU 2013:1 s. 254-255

⁵⁸ Høstmælingen (2011) note 19

som har meldt i god tro,⁵⁹ uten at det utdypes nærmere hvilke beskyttelsesprosesser som kreves. I Norge beskyttes avgiver av opplysningene ved at taushetsplikten ikke anses brutt selv om det i ettertid skulle vise seg at barnets situasjon var mindre alvorlig enn antatt.⁶⁰

3.2 Den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 8

EMD har slått fast, for eksempel i Andersson mot Sverige, at en overleges utlevering av opplysninger om en mors psykiske helse til de sosiale myndighetene, på bakgrunn av meldeplikt, representerte et inngrep i retten til privatliv, jf. EMK artikkel 8 første ledd. At en undersøkelsessak utgjør et inngrep i retten til privat- og familieliv ble fastslått i for eksempel K.T. mot Norge.

I begge sakene var imidlertid de tre vilkårene for å gjøre inngrep i artikkel 8 annet ledd oppfylt, og det forelå derfor ikke krenkelse av artikkel 8. Det var for det første klart at meldeplikten og undersøkelsessaken, herunder innhenting av opplysninger etter barnevernloven § 6-4 fra blant annet en lege, var i samsvar med henholdsvis svensk og norsk lov. Tiltakene var forankret i barnets interesser, som falt inn under det legitime formålet «for the protection of the rights and freedoms of others» og i Andersson mot Sverige også inn under det legitime formålet «for the protection of health or morals».

Det ble foretatt en mer utdypende vurdering av det siste vilkåret, om tiltakene var «nødvendig i et demokratisk samfunn». En sentral komponent i dette vilkåret er forholdsmessighetsvurderingen, hvorvidt det er et rimelig forhold av proporsjonalitet mellom mål og midler,⁶¹ og dette er ofte det mest omtvistede vilkåret.

⁵⁹ CRC (2011) s.19-20

⁶⁰ Q-24 s.30

⁶¹ K.T. v. Norway

I Andersson mot Sverige viste domstolen til at foreldrenes psykiske helse normalt vil påvirke barn. For å kunne foreta en tilstrekkelig vurdering av behovet for å gripe inn, må derfor de sosiale myndighetene ha informasjon om foreldrene. Utleveringen av opplysninger var begrunnet i bekymring for hvordan morens problemer påvirket sønnen og syntes ikke å mangle substans idet skolepersonal hadde uttrykt lignende bekymring. Overlegen hadde informert moren om sin bekymring og rådet henne til å oppsøke hjelp. På bakgrunn av disse momentene og de viktige interesser som beskyttes, var meldeplikten underbygget av relevante og tilstrekkelige hensyn. Domstolen viste til statenes skjønnsmargin, og konkluderte med at svenske myndigheter hadde grunn til å anse meldeplikt som et nødvendig tiltak. Den del av klagen som relaterte seg til artikkel 8 ble derfor avvist som «manifestly ill-founded», jf. nåværende artikkel 35 tredje ledd bokstav a.⁶²

Domstolen viste i K.T. mot Norge til BK artikkel 19 og uttalte at terskelen for å iverksette undersøkelsessak må være lav. Dersom verifisering av alle bekymringsmeldinger skal være en forutsetning for å igangsette undersøkelsessak, vil dette kunne føre til forsinkelser i situasjoner hvor det er ytterst viktig at barnets leveforhold fastsettes raskt. Det var ingenting som tydet på at de norske myndighetene hadde gått utover den vide skjønnsmarginen de er tilstått i nødvendighetsvurderingen av å åpne undersøkelsessak. Innhenting av opplysninger var av begrenset karakter, det var foretatt effektive og egnede tiltak for å beskytte mot misbruk av opplysningene, og barneverntjenesten hadde foretatt en rimelig avveining mellom farens interesse i konfidensialitet og hensynet til barnets beste. I likhet med Høyesterett,⁶³ fant derfor EMD at tiltakene var «nødvendig i et demokratisk samfunn», og en enstemmig domstol konkluderte med at det ikke forelå krenkelse av artikkel 8.⁶⁴

⁶² Art. 18 og 6 første ledd var heller ikke krenket.

⁶³ Rt-2003-301

⁶⁴ Art. 6 første ledd var heller ikke krenket.

3.3 Betydningen overfor de norske bestemmelsene

På bakgrunn av de gjennomgåtte dommene, kan det etter min vurdering ikke utledes mer presise krav til helsepersonells opplysningsplikt av Norges internasjonale forpliktelser enn det som følger av de norske bestemmelsene. Som presisert i dommene, har statene en vid skjønnsmargin på dette området. Også ved omsorgsovertakelse synes konvensjonsorganene å være varsomme med å overprøve nasjonale myndigheters avgjørelser. Området innebærer vanskelige avveininger hvor statene tilstår et skjønnsmessig spillerom.⁶⁵ Som følge av dette, samt ordbegrensningen, vil jeg ikke gå nærmere inn på folkeretten og vil i det følgende konsentrere meg om de norske bestemmelsene.

Det skal nevnes at tiltak som innebærer varig brudd i familiebandene blir gjenstand for mer kritisk prøving av EMD, både materielt og prosessuelt.⁶⁶ Her har EMD konstatert krenkelse i flere saker mot de nordiske landene.⁶⁷ Skillet kan illustreres av domstolens uttalelse i R.K. og A.K. mot Storbritannia, der omsorgsovertakelse ble iverksatt på grunnlag av medisinske funn på barnet; «Myndighetene har en bred skjønnsmargin i forbindelse med vurderingen av å iverksette en omsorgsovertakelse. På den annen side må det foretas en mer kritisk prøving dersom det blir gjort ytterligere begrensninger i kontakten mellom foreldre og barn, eksempelvis i form av redusert samværsrett».⁶⁸ Dette faller imidlertid utenfor avhandlingens tema og vil derfor ikke bli utdypet.

4 Felles vilkår for opplysningsplikt av eget tiltak og ved pålegg

Etter barnevernloven § 6-4 tredje ledd, jf. annet ledd første punktum oppstår helsepersonells opplysningsplikt når det er «grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. §§ 4-10, 4-11 og 4-12, når et barn

⁶⁵ Møse (2010) note 70

⁶⁶ Bertelsen (2011) s.262, Møse (2010) note 70

⁶⁷ F.eks. Johansen v. Norway, Olsson v. Sweden, Eriksson v. Sweden

⁶⁸ R.K. and A.K. v. United Kingdom pkt. 34, Bertelsen (2011) s.262

har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker, jf. § 4-24, eller når det er grunn til å tro at det er fare for utnyttelse av et barn til menneskehandel, jf. § 4-29».

Vilkårene for opplysningsplikt er likelydende i helsepersonelloven § 33 annet ledd, med unntak av at bestemmelsen ikke inneholder det alternative vilkåret om menneskehandel. Bakgrunnen for forskjellen at vilkåret først ble tilføyd barnevernloven ved endringslov av 22. juni 2012 nr. 34. At lignende tilføyelse ikke er gjort i helsepersonelloven har ingen rettslig betydning, da helsepersonell er forpliktet til å følge barnevernloven og menneskehandel med barn er en form for alvorlig omsorgssvikt.⁶⁹

Etter barnevernloven § 1-3 forstås barn i hovedsak som personer under 18 år, og denne betydningen legges til grunn både etter barnevernloven § 6-4 og helsepersonelloven 33.⁷⁰ Av ordlydens formulering «et barn» følger at opplysningsplikten er knyttet til opplysninger om et bestemt barn. Bestemmelsene gir således ikke grunnlag for å gi opplysninger om grupper av enkeltpersoner ut fra en betraktning om at de befinner seg i en risikogruppe.⁷¹

Av ordlyden følger at opplysningsplikten er begrenset til de mer alvorlige tilfeller. At barnet eller familien vil kunne ha nytte av hjelpetiltak, er ikke tilstrekkelig til å utløse opplysningsplikt,⁷² noe som innebærer et skille fra dansk rett.

I Danmark inntreffer opplysningsplikten ved kjennskap til eller grunn til å anta at et barn eller en ung under 18 år «kan have behov for særlig støtte efter kapitel 11» eller «har været udsat for vold eller andre overgreb» og når «at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte efter kapitel 11 på grund af de vordende forældres forhold», jf.

⁶⁹ For å opprettholde lik ordlyd, burde formuleringen likevel inntas.

⁷⁰ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.233. I noen tilfeller utvides barnebegrepet til fylte 23 år, jf. § 1-3 annet ledd.

⁷¹ Ofstad (2009) s.322-323

⁷² HOD (2010), ref. 200607600-/HL s.3

Lovbekendtgørelse om social service § 153 og Bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service § 1 stk. 2.

I motsetning til norsk rett, foreligger altså opplysningsplikt allerede ved behov for hjelpetiltak, da kapittel 11⁷³ som det henvises til hjemler alt fra tiltak i hjemmet til omsorgsovertakelse. Tiltakene etter kapitlet skal gis tidlig slik at problemer så vidt mulig kan forebygges og avhjelpes i hjemmet eller i det nære miljøet, jf. § 46 stk. 2. Opplysningsplikt inntreer uavhengig av årsak til at barnet kan ha behov for særlig støtte, såfremt problemene er av en karakter som kapittel 11 tar sikte på å løse. Eksempel på et problem som kapitlet ikke tar sikte på å løse, er rene læreversker som kan avhjelpes ved tilrettelegging i skolen.⁷⁴ Den danske opplysningsplikten er således betraktelig videre formulert enn den norske.⁷⁵

I Sverige inntreer opplysningsplikten ved kjennskap til eller mistanke om at et barn «far illa», jf. Socialtjänstlag 14. kapittel 1 §. Den svenske bestemmelsen skiller seg fra de norske og danske ved at den er langt enklere utformet, herunder at det ikke brukes henvisningsteknikk til andre bestemmelser.⁷⁶ Melder unngår derved å måtte sette seg inn i og ta stilling til kompliserte inngrepshjemler, og trenger kun å gå ut fra egne observasjoner og vurderinger av om barnet «far illa» eller mistenkes «far illa». Det forutsettes således ikke forkunnskap om socialtjänstens arbeid.⁷⁷

I forarbeidene uttales at formuleringen «far illa» for eksempel omfatter barn som utsettes for fysisk eller psykisk vold, seksuelle overgrep, krenking og fysisk eller psykisk forsømmelse av grunnleggende behov. Omfattet er også barn som «far illa» på grunn av egen atferd, som misbruk, kriminalitet og annen selvdestruktiv atferd samt barn som utsettes for

⁷³ §§ 46-75

⁷⁴ Dansk Karnov note 571

⁷⁵ Jf. også Bendiksen (2008) s.194

⁷⁶ Jf. også Bendiksen (2008) s.193-194

⁷⁷ Prop.2012/13:10 s.46

trusler, vold eller andre overgrep fra jevnaldrende. Utenfor opplysningsplikten faller barn med psykisk problemer, såfremt det ikke finnes relaterte sosiale problemer. Heller ikke rene lærevansker omfattes. Derimot vil vanskeligheter i skolesituasjon på grunn av sosiale problemer kunne omfattes.⁷⁸

Situasjonene som oppløste opplysningsplikt i Sverige var tidligere formulert som «något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd». I forarbeidene uttales at endringen til «far illa» verken var tilsiktet å begrense eller utvide gruppen av barn som omfattes.⁷⁹ Sammenlignet med den tidligere svenske formulering gir de norske reglene i større grad anvisning på hvor alvorlig situasjonen må være, både i seg selv og ved å hen- vise til konkrete inngrepshjemler. Dette kan synes å tale for at den svenske opplysnings- plikten favner videre enn norsk rett.⁸⁰ Eksemplifisering i forrige avsnitt av hvilke situasjo- ner som omfattes, ligner imidlertid situasjonene som omfattes av norsk rett, og det synes som at svensk rett ikke favner så vidt som dansk rett. Det er vanskelig å si noe nærmere om skillet uten å gå dypere ned i den svenske og danske retten, noe jeg ikke finner hensikts- messig både av hensyn til avhandlingens problemstilling og ordbegrensning.

I Norge inntreer en eventuell opplysningsplikt først når barnet er født, idet barneverntjenes- ten før dette tidspunkt ikke adgang til å ta i bruk tvang, verken for å gjennomføre undersøk- kelse eller iverksette tiltak.⁸¹

Også på dette punkt favner dansk rett videre. Opplysningsplikt inntreer her før et barn er født, dersom det er grunn til alvorlig bekymring for den innvirkning familiens situasjon vil kunne få på barnets fremtidige livsvilkår. Et eksempel er at psykiatrien blir oppmerksom på at en klient med psykiske problemer eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsevne har

⁷⁸ Prop.2012/13:10 s.47

⁷⁹ Prop.2012/13:10 s.136

⁸⁰ Jf. også Bendiksen (2008) s.193-194

⁸¹ Ofstad (2009) s.320

blitt gravid. I lovkommentaren påpekes at samtykke alltid bør forsøkes innhentet før opplysninger gis. Dersom samtykke ikke oppnås, skal det foretas en avveining av de motstridende hensyn, hvor det skal tas hensyn til at fostre og spedbarn er særlig sårbare og at tidlig innsats er avgjørende for barnets mulighet til sunn utvikling.⁸² At samtykke her vektlegges særskilt, skyldes trolig at bekymringsmelding vedrørende et ufødt barn må sies å være betraktelig mer inngripende enn etter fødsel. Foreldrene «får ikke engang en sjanse» til å vise at de er gode omsorgspersoner.

4.1 Mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt

Barnevernloven §§ 4-10, 4-11 og 4-12 beskriver situasjoner som kan karakteriseres som mishandling i hjemmet eller andre former for alvorlig omsorgssvikt.⁸³ På nærmere angitte vilkår gir bestemmelsene adgang til å treffe vedtak dersom barn er i de beskrevne situasjonene.

§ 4-10 gjelder situasjoner der barn lider av en livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade, og foreldrene ikke sørger for at barnet kommer til undersøkelse eller behandling.

§§ 4-11 og 4-12 første ledd bokstav b omhandler foreldre som ikke sørger for at et funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrengende barn får dekket særlige behov for behandling eller opplæring. Begrepet «spesielt hjelpetrengende» tar sikte på barn som har et særlig behov for trygghet og stimulering på grunn av påkjenninger det har vært utsatt for i familien eller i miljøet.⁸⁴

⁸² Dansk Karnov note 573

⁸³ Det kan stilles spørsmål om det kan foreligge alvorlig omsorgssvikt etter barnevernloven § 6-4 annet ledd første punktum som ikke er omfattet av §§ 4-10, 4-11, 4-12 og 4-29. På grunn av henvisningen til disse bestemmelsene i § 6-4 annet ledd første punktum taler de beste grunner for at bestemmelsene er ment å være overlappende.

⁸⁴ Ot.prp.nr.44 (1991-1992) s.110

Bestemmelsen i § 4-12 første ledd bokstav a omfatter for det første alvorlige mangler ved den daglige omsorg i form av materiell og praktisk omsorg. Sentralt står trygge boforhold, oppfølging i forhold til mat, klær, helse og instanser som er viktige for barns fungering i hverdagen. For det andre omfattes alvorlige mangler i forhold til den personlige kontakt og trygghet som barnet trenger etter sin alder og utvikling. Kriteriene knytter seg til barnets behov for psykisk eller følelsesmessig omsorg. For eksempel dekkes følelsesmessig avvising, utrygghet skapt av foreldrenes psykiske lidelser og fysisk eller psykisk utrygghet grunnet tvang eller vold i hjemmet.⁸⁵

§ 4-12 første ledd bokstav c gjelder der barn blir mishandlet eller utsatt for andre alvorlige overgrep i hjemmet. Bestemmelsen omfatter både fysisk mishandling, seksuelle overgrep, psykisk sjikane, trakassering eller vedvarende mindre overgrep.⁸⁶

Endelig regulerer § 4-12 første ledd bokstav d situasjoner der det er overveiende sannsynlig at barnets helse eller utvikling kan bli alvorlig skadet fordi foreldrene er ute av stand til å ta tilstrekkelig ansvar for barnet. Bestemmelsen omfatter situasjoner hvor foreldrenes omsorgsevne på sikt ikke er tilstrekkelig, uten at det nødvendigvis har gitt utslag i fare eller skade på inngrepsstidspunktet, og nødvendiggjør således en fremtidsvurdering. Særlig tas sikte på tilfeller der foreldrene er tilbakestående, har alvorlig sinnslidelser eller alvorlige rusproblemer med dårlig prognose for rehabilitering. Det er særskilt denne bestemmelsen som vil være aktuell for nyfødte og ganske små barn.⁸⁷

4.1.1 Grunn til å tro

Opplysningsplikten oppstår når det er «grunn til å tro» at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. §§ 4-10, 4-11 og 4-12. Det

⁸⁵ Ot.prp.nr.44 (1991-1992) s.110, Q-24 s.29, Statens helsetilsyn, 22.12.2010

⁸⁶ Ot.prp.nr.44 (1991-1992) s.43

⁸⁷ Hove (2011) note 162, IS-17/2006 s.9

nærmere innholdet i denne formuleringen er verken utdypet i forarbeidene til helsepersonelloven eller barnevernloven. Praksis fra Statens helsepersonellnemnd og Statens helsetilsyn samt ulike rundskriv gir derimot visse tilleggsopplysninger.

Statens helsetilsyn har uttalt at «grunn til å tro» henspiller seg på hva man er bekymret for, ikke om bevisene er sterke nok og at formuleringen innebærer at terskelen for å sette taushetsplikten til side er lagt lavt.⁸⁸

I henhold til rundskriv innebærer «grunn til å tro» at det ikke kreves sikker viten om situasjonen, men man må ha noe mer enn en vag mistanke.⁸⁹ Tilsvarende terskel legges til grunn i avgjørelser fra Statens helsetilsyn; «det ikke kreves sikker viten om situasjonen, men du må *ha mer* enn en vag mistanke».⁹⁰ Ordet «noe» er her utelatt, men det er ingen grunn til å tro at dette er ment å innebære en realitetsforskjell. Det er ikke krav om sannsynlighetsovervekt,⁹¹ men det må foreligge visse holdepunkter for at barnet blir utsatt for mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt.⁹²

Det finnes imidlertid fortolkninger som gir uttrykk for en høyere og annen type terskel. Anvisning på en annen *type* terskel kan man blant annet finne hos Warberg, som i 1995 skrev at man neppe kan kreve særlig mer enn at helsepersonell «legger til grunn et samvittighetsfullt, medisinsk forsvarlighetsskjønn».⁹³ Også i Legeforeningens attestveileder, en kilde som sannsynligvis har stor betydning i primærhelsetjenesten,⁹⁴ finnes en lignende formulering; «(...) den informasjon som gis må avgrenses til forhold man har observert i

⁸⁸ F.eks. Statens helsetilsyn, 22.12.2010

⁸⁹ Q-24 s.30, IS-17/2006 s.10

⁹⁰ F.eks. Statens helsetilsyn, 3.3.2010

⁹¹ HPN-2009-139

⁹² IS-17/2006 s.10, HPN-2011-35, HPN-2011-36, HPN-2011-37

⁹³ Warberg (1995) s.243

⁹⁴ Riedl (2010)

kraft av sin yrkesutøvelse og som ligger innenfor et rimelig medisinsk skjønn».⁹⁵ Riedl uttaler at det ut fra denne formuleringen kan «se ut som om man nærmest «adopterer» opplysningsplikten og «formaterer» den til en helsefaglig vurdering» og at «en slik fortolkning av helsepersonelloven § 33 har like lite for seg som at lærere skal foreta en pedagogisk faglig vurdering for å avgjøre om man har opplysningsplikt etter opplæringsloven § 15-3».⁹⁶

Anvisning på en *høyere* terskel kan man blant annet finne i Jus for leger, hvor vilkåret hevd-
des å innebære «ikke sikker kunnskap, men sterke holdepunkter – at det er mer enn sann-
synlig».⁹⁷ Dette gir uttrykk for en langt høyere terskel enn hva ordlyden tilsier og hva som
fremgår av rundskriv og praksis fra Statens helsepersonellnemnd og Statens helsetilsyn.

Formuleringen «grunn til å tro» brukes også andre steder i lovverket, for eksempel i straf-
feprosessloven § 222a første ledd og straffeloven § 33 første ledd, som regulerer henholds-
vis adgang til å ilegge besøksforbud og kontaktforbud når det er «grunn til å tro» at bestem-
te typer handlinger vil bli begått. Etter forarbeidene innebærer ordbruken at det *ikke kreves
sannsynlighetsovervekt*, men det må foreligge en nærliggende og reell risiko, jf. Rt. 1998 s.
1638. En teoretisk risiko er ikke nok, noe i det konkrete saksforholdet må gi grunn til å tro
at handlingene ellers vil finne sted.⁹⁸

Dansk rett anvender lignende terskel som norsk rett; «får kendskab til eller grund til at
antageer», jf. Lov om social service § 153 og Bekendtgørelse om underretningspligt over
for kommunen efter lov om social service § 1 stk. 2. Tolkningen av den danske formule-
ringen er tilsvarende den som legges til grunn i norsk forvaltningspraksis; det ikke kreves

⁹⁵ Den norske Legeforening (2008) s.14

⁹⁶ Riedl (2010)

⁹⁷ Befring (2002) s.248

⁹⁸ Ot.prp.nr.109 (2001-2002) s.44, Ot.prp.nr.90 (2003-2004) s.456

sikkerhet, en formodning om at barnet kan ha behov for særlig støtte er tilstrekkelig, antagelsen må imidlertid være saklig begrunnet i barnets forhold.⁹⁹

I Sverige brukes formuleringen «får kännedom om eller misstänker», jf. Socialtjänstlag 14. kapittel 1 §. I forarbeidene sies kun at det ikke er mulig å angi tydelig hvilken mistankegrad som kreves.¹⁰⁰ Basert på en rent språklig tolkning synes «grunn til å tro» å være en noe høyere terskel enn «misstänker». I lovforberedelsene til den norske bestemmelsen, foreslo Barnemishandlingsutvalget også å bruke uttrykket «mistanke om». Rasmussen hevder at det ble gjort en innstramming i forhold til forslaget når «grunn til å tro» ble valgt.¹⁰¹

På bakgrunn av enighet i Helsepersonellnemnda og annen forvaltningspraksis, med støtte i den danske tolkningen, synes gjeldene rett i forhold til hva som ligger i «grunn til å tro» å være klart. At terskelen er gjenstand for ulike tolkninger, medfører imidlertid en fare for at det i praksis legges til grunn en annen terskel.

4.2 Vedvarende alvorlige atferdsvansker

Opplysningsplikt inntreder dersom et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker, ved alvorlig eller gjentatt kriminalitet, ved vedvarende bruk av rusmidler, eller på annen måte, jf. barnevernloven § 4-24. Det er her ikke tilstrekkelig å ha grunn til å tro, barnet må *ha vist* alvorlige atferdsvansker for at det skal foreligge opplysningsplikt.

«Alvorlig kriminalitet» sikter særlig til volds- eller sedelighetsforbrytelser av alvorlig karakter, mens «gjentatt kriminalitet» blant annet sikter til serier av tyverier, hærverk og gjentatte mindre alvorlige voldsforbrytelser. Formuleringen «vedvarende misbruk av rusmidler» er brukt for å understreke at enhver bruk av rusmidler er relevant, dog forutsettes et

⁹⁹ Dansk Karnov note 570

¹⁰⁰ Prop.2012/13:10 s.47

¹⁰¹ NOU 1982:26 s.150, Rasmussen (1994) s.631

omfattende misbruk både i omfang og tid.¹⁰² Kriteriet «på annen måte» eksemplifiseres i forarbeidene med «prostituerte og de såkalte gatebarn»¹⁰³ og må også kunne omfatte sterk plagsom adferd i forhold til omgivelsene, særlig andre barn.¹⁰⁴

Et enkeltstående selvmordsforsøk hos en ung gutt vil isolert sett ikke utløse opplysningsplikt da det ikke kan karakteriseres som alvorlige atferdsvansker. Opplysningsplikt vil imidlertid kunne foreligge dersom det i tillegg finnes andre faktorer som tyder på at barnet har alvorlige atferdsvansker eller er utsatt for alvorlig omsorgssvikt. Hvorvidt det foreligger opplysningsplikt i det enkelte tilfellet, vil måtte bero på en konkret helhetsvurdering av barnets situasjon.¹⁰⁵

4.3 Utnyttelse av barn til menneskehandel

Opplysningsplikt inntreffer også «når det er grunn til å tro at det er fare for utnyttelse av et barn til menneskehandel, jf. § 4-29». Vedrørende formuleringen «grunn til å tro» vises til punkt 4.1.1.

Samtidig med tilføyelsen av dette alternative vilkåret, ble det tilføyd nye bestemmelser i barnevernloven §§ 4-29, 4-30, 5-9 femte ledd og 7-5 fjerde ledd, samt foretatt andre nødvendige justeringer i loven. Bakgrunnen for endringsloven var den økende menneskehandelen med barn, som ikke var et aktuelt tema ved vedtakelsen av loven, og behov for å innføre et særskilt hjemmelsgrunnlag for plassering av barn som kan være utsatt for menneskehandel. Utnyttelse av barn til menneskehandel var omfattet av opplysningsplikten også før lovendringen, da dette er en form for alvorlig omsorgssvikt. For å forhindre tvil, ble § 6-4

¹⁰² Ot.prp.nr.44 (1991-1992) s.114, Hove (2011) note 223

¹⁰³ Ot.prp.nr.44 (1991-1992) s.114

¹⁰⁴ Hove (2011) note 223

¹⁰⁵ BFD (1994) ref. 94/02114

annet ledd første punktum likevel endret slik at det går klart frem av lovteksten at situasjonen omfattes av opplysningsplikten.¹⁰⁶

4.4 Kan barnevernloven § 6-4 annet ledd første punktum tolkes utvidende?

Et spørsmål er hvorvidt pliktbestemmelsen i barnevernloven § 6-4 annet ledd første punktum kan tolkes utvidende til å gjelde andre saker og situasjoner enn de som uttrykkelig er nevnt i lovens ordlyd.

Andersen har drøftet spørsmålet og fremhever at en utvidende tolkning i utgangspunktet er problematisk av to grunner. Legalitetsprinsippet setter grenser for hvor langt sprang det kan være fra lovens ordlyd til tolkningsresultatet. Pasienter vil ha behov for å kunne forutberegne hvilke opplysninger det er plikt til å videreformidle. Brudd på opplysningsplikten er straffesanksjonert, og det strafferettslige klarhetskravet i Grunnloven § 96 og EMK artikkel 7 krever at de plikter som er straffesanksjonert må være klart beskrevet i straffebestemmelsen.¹⁰⁷

Barne- og familiedepartementet har uttalt at opplysningsplikten utløses når barnet er midlertidig plassert etter barnevernloven § 4-6, selv om dette ikke lar seg lese ut av lovteksten. Dersom midlertidig plassering ikke automatisk hadde utløst opplysningsplikt, ville dette ha medført at barnet måtte tilbakeføres til en uholdbar situasjon før barneverntjenesten kunne innhente nødvendige opplysninger. En slik ordning ville ha vært i strid med lovens forutsetninger.¹⁰⁸ Ofstad og Skar hevder at det må legges til grunn at tilsvarende gjelder for akutt plasseringer etter §§ 4-9 første ledd og 4-25.¹⁰⁹

¹⁰⁶ Prop.43L (2011-2012) s.6-7, 11, 58

¹⁰⁷ Andersen (2008) s.38

¹⁰⁸ BFD (1995) ref.94/03218. Andersen (2008) legger samme forståelse til grunn, s.39

¹⁰⁹ Ofstad (2009) s.321

Foruten dette konkluderer Andersen¹¹⁰ med at bestemmelsen ikke kan tolkes utvidende, ved å henvise til lovforarbeidene. Befringutvalget hadde foreslått å innføre opplysningsrett, men ikke opplysningsplikt når det er grunn til å tro at vilkårene for hjelpetiltak etter barnevernloven § 4-4 er til stede.¹¹¹ Departementet gikk imot dette og viste til at en utvidet opplysningsrett ville kunne skade tilliten til hjelpeapparatet og at et økt antall meldinger ville kunne gjøre det vanskelig å skille ut de mer alvorlige tilfellene.¹¹² Stortingskomiteen sluttet seg til departementets syn.¹¹³

Jeg slutter meg til Andersens vurdering om at § 6-4 annet ledd første punktum ikke kan tolkes utvidende bortsett fra i tilfeller av akuttplassering. En opplysningsplikt omfattede situasjoner som ikke er dekket i lovens ordlyd, vil innebære et kraftig innhugg i enkeltindivids tillitsforhold til hjelpeapparatet. Selvsagt er det hensyn som taler for en utvidende tolkning, som at barn som den svake part trenger all den beskyttelse de kan. Det vises til punkt 2 om de kryssende hensyn. En slik utvidelse bør imidlertid eventuelt gjøres gjennom en lovendring, ikke en utvidende tolkning.

5 Opplysningsplikt av eget tiltak – meldeplikt

Det sondres mellom opplysningsplikt av eget tiltak, også kalt meldeplikt, og opplysningsplikt etter anmodning/pålegg. Meldeplikt vil bli behandlet i dette punkt, mens opplysningsplikt ved pålegg behandles i punkt 6. Helsepersonell meldeplikt reguleres i barnevernloven § 6-4 tredje ledd, jf. annet ledd første punktum og helsepersonelloven § 33 annet ledd.¹¹⁴

¹¹⁰ Andersen (2008) s.40

¹¹¹ NOU 2000:12 s.235

¹¹² Ot.prp.nr.64 (2004-2005) s.43, 46

¹¹³ Innst.O.nr.115 (2004-2005) s.15

¹¹⁴ Se evt. barnevernloven §§ 4-2 og 4-3 om undersøkelsessak og § 6-7a om tilbakemelding til melder samt emnene anonyme meldinger og beskyttelse av kilden, som går utenfor avhandlingens tema.

Meldeplikt innebærer en selvstendig aktivitetsplikt når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet, utnyttet til menneskehandel eller utsatt for annen alvorlig omsorgssvikt og når barnet har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker. Helsepersonell må da på eget initiativ ta kontakt med kommunens barneverntjeneste for å gi nødvendige opplysninger.¹¹⁵

5.1 Helsepersonells vurdering

Statens helsetilsyn presiser at det skal være lav terskel for opplysningsplikt, at hensynet til barnet skal veie tyngre enn behandlingsalliansen og taushetsplikten og at de ser alvorlig på brudd på plikten.¹¹⁶ I rundskriv fremheves at hensynet bak plikten tilsier at det ikke skal mye til før opplysningsplikt inntre.¹¹⁷

Ved vurderingen av om det foreligger opplysningsplikt, må det foretas en konkret vurdering der man har barnets beste for øye.¹¹⁸ I rundskriv og avgjørelser fra Statens helsetilsyn beskrives vurderingstemaet som «risikoen for at barnet skades eller står i fare for å bli skadet i omsorgssituasjonen».¹¹⁹ Imidlertid brukes også en formulering som ut fra en naturlig språklig forståelse kan sies å gi uttrykk for en høyere terskel; «At et barn ikke lever under optimale forhold er ikke nok til å utløse opplysningsplikten, det må dreie seg om situasjoner hvor det er fare for at barnet tar vesentlig skade».¹²⁰ Begge formuleringene brukes ofte i en og samme kilde, eksempelvis i diverse avgjørelser fra Statens helsetilsyn,¹²¹ og tekstens sammenheng viser at formuleringene kun er ment å utdype hverandre. Likevel kan formuleringene muligens gi opphav til ulike tolkninger.

¹¹⁵ Ofstad (2009) s.323

¹¹⁶ F.eks. Statens helsetilsyn, 22.12.2010

¹¹⁷ IS-8/2012 s.84

¹¹⁸ Statens helsetilsyn, 22.12.2010

¹¹⁹ IS-8/2012 s.84, f.eks. Statens helsetilsyn, 22.12.2010

¹²⁰ Q-24 s.29, IS-17/2006 s.10, f.eks. Statens helsetilsyn, teamkoordinator

¹²¹ Statens helsetilsyn, 3.3.2010, Statens helsetilsyn, fastlege, Statens helsetilsyn, teamkoordinator, Statens helsetilsyn, psykolog ved inntakssamtale, Statens helsetilsyn, enhetsleder og Statens helsetilsyn, behandler

HPN-2011-36 illustrerer hvordan formuleringer kan gi opphav for ulike tolkninger. Den innklagede fastlegen viste her til rundskriv IS-17/2006 og uttalelsen «at et barn ikke lever under optimale forhold er ikke nok til å utløse opplysningsplikten». Han viste også til forarbeidene og anførte at uttalelsen om at opplysningsplikten er reservert «de mer alvorlige tilfellene» må forstås som de tilfellene hvor behovet for barnevernets tjenester er særlig stort. En tolkning av både lov og forarbeider tilsa dermed etter hans mening en høy terskel for opplysningsplikt.

Selv om helsepersonell nødvendigvis må foreta en vurdering, skal de ikke overta barnevernets rolle ved å foreta en barnevernfaglig vurdering av situasjonen.¹²² Helsepersonell verken *trenger eller skal* foreta en nøye undersøkelse av situasjon for å kunne melde ifra. Også tilfeller der de ikke vet noe konkret om barnets situasjon, for eksempel ved mistanke om rusmiddelbruk sammenholdt med andre bekymringsfulle observasjoner i en behandlingssituasjon, vil kunne være nok til å oppfylle vilkåret «grunn til å tro» og gi grunnlag for melding.¹²³ Idet vilkårene anses oppfylt skal det meldes, helsepersonellet skal ikke utrede saken for å styrke eller avkrefte mistanke.¹²⁴

Opplysningsplikten bortfaller ikke selv om helsepersonell forsøker å avhjelpe situasjonen.¹²⁵ Opplysningsplikten faller heller ikke bort ved at det overlates til andre tjenester å varsle eller vurdere situasjonen, idet hvert enkelt helsepersonell har et selvstendig og personlig ansvar for overholdelse av plikten.¹²⁶ Det er barnevernet, ikke helsepersonell, som skal iverksette tiltak for eventuelt å avverge skade.¹²⁷ Dette innebærer for eksempel at det

¹²² Statens helsetilsyn, 3.3.2010, IS-8/2012 s.84

¹²³ IS-8/2012 s.84

¹²⁴ F.eks. Statens helsetilsyn, klinisk pedagog, 22.7.2009, IS-17/2006 s.10

¹²⁵ Q-24 s.30

¹²⁶ Statens helsetilsyn, 22.12.2010

¹²⁷ IS-8/2012 s.85

ikke er tilstrekkelig å avvente utfallet av behandling når vilkårene for opplysningsplikt er oppfylt ved oppstart av behandling. Dette gjelder selv om pasienten er innstilt på behandling og tydelig på at han ønsker å avslutte for eksempel voldsbruk.¹²⁸ En fastlege kan heller ikke unnslippe opplysningsplikten ved raskt å henvise pasienten til behandling¹²⁹ eller ved å overlate oppfølgingsansvaret til pårørende slik at de selv skal kontakte andre i hjelpeapparatet.¹³⁰

Det kan hevdes at dersom helsepersonell ved enkle tiltak kan få rettet på forholdene til barnets beste, bør de kunne velge denne løsningen. På den annen side kan saksforholdene ofte være komplekse. Uten fullstendig oversikt over situasjonen, har helsepersonellet kanskje i realiteten ikke rettet på forholdene til barnets beste selv om de tror det. I denne forbindelse er det viktig at opplysningsplikten ikke må forstås slik at den først inntreffer når den informasjon helsepersonellet alene har kan begrunne vedtak etter barnevernloven. Formålet med opplysningsplikten er at barnevernet skal motta informasjon fra flere, slik at det samlet sett kan danne grunnlag for å vurdere barnets situasjon.¹³¹

Ettersom opplysningsplikten er et *selvstendig og personlige ansvar* fritar det ikke for ansvar at annet helsepersonell ikke har reagert på opplysninger tidligere, hver enkelt må selv vurdere de foreliggende opplysningene. Hvis flere sitter inne med kunnskap som tilsier opplysningsplikt, og ingen melder, vil dette følgelig kunne medføre tilsynsmessige konsekvenser for alle.¹³² Den personlige opplysningsplikt for hver enkelt bortfaller heller ikke selv om det er utpekt en ansvarlig person etter helsepersonelloven § 33 fjerde ledd.¹³³ Der-

¹²⁸ HPN 2011-35, HPN-2011-37

¹²⁹ HPN-2011-36

¹³⁰ Statens helsetilsyn, 22.12.2010

¹³¹ F.eks. Statens helsetilsyn, 22.12.2010

¹³² HPN-2011-35, HPN-2011-36, HPN-2011-37

¹³³ F.eks. Statens helsetilsyn, fjerde behandler, 3.3.2010

som den ansvarlige ikke vil melde, skal det helsepersonell som mener at opplysningsplikten har inntrådt, selv direkte melde.¹³⁴

Av helsepersonelloven § 40 første ledd første punktum, jf. § 39, følger at helsepersonell som yter helsehjelp har plikt til å journalføre opplysninger som er nødvendige for å oppfylle opplysningsplikten. Grundig dokumentasjon er viktig, samlet kan små funn føre til at terskelen for opplysningsplikt er inntrådt. En bekymringsmelding kan blant annet bygge på opplysninger ervervet fra lesing av journal og opplysninger fra andre, da opplysningsplikten også omfatter komparentopplysninger, det vil si opplysninger fra tredjeperson.¹³⁵ Melder må imidlertid selv ha tilstrekkelig grunnlag for bekymring. For eksempel er en bekymringsmelding fra en tredjeperson til en helsesøster ikke *i seg selv* tilstrekkelig til å utløse opplysningsplikt, helsesøsteren har et selvstendig ansvar for å påse at meldingen er tilstrekkelig begrunnet.¹³⁶

5.2 Nærmere om når opplysningsplikten inntre

Vurderingstemaet er risikoen for at barnet skades eller står i fare for å bli skadet i omsorgssituasjonen, og knytter seg således til problemenes *innvirkning på barnet*.¹³⁷

Det er verken ønskelig eller mulig å gi en uttømmende beskrivelse av når opplysningsplikten inntre, det vil alltid måtte avhenge av konkrete vurderinger. I en del tilfeller vil det være klart at vilkårene er oppfylt, mens det i andre tilfeller beror på vanskelige avveininger.¹³⁸ Jeg vil nedenfor omtale situasjoner som kan utløse opplysningsplikt. Rusmisbruk og psykiske problemer, vold og seksuelle overgrep er valgt fordi det er dette som oftest går

¹³⁴ IS-8/2012 s.86

¹³⁵ Ohnstad (1997) s.119

¹³⁶ Andersen (2008) s.41

¹³⁷ IS-17/2006 s.10

¹³⁸ BFD (2006) ref.200602049

igjen i praksis fra Fylkesmannen, Statens helsetilsyn og Statens helsepersonell. I tillegg omtales kjønnslemlestelse og tannhelse fordi dette er spesifikt omtalt i rundskriv og litteraturen.¹³⁹

5.2.1 Rusmisbruk og psykiske problemer hos foreldre

Som følge av at innvirkningen på barnet er det avgjørende, er psykiske problemer eller rusproblemer hos foreldrene *i seg selv* ikke tilstrekkelig til å utløse opplysningsplikt.¹⁴⁰

Fylkesmannen i Oslo og Akershus har vurdert en sak vedrørende en far med betydelige alkoholproblemer. Pliktbrudd ble påpekt overfor farens fastlege og vikarierende fastlege, men de ble ikke gitt advarsel. Fylkesmannen viste til at alkohol- og rusmiddelmisbruk svekker evnen til å dra omsorg for barn, og jo mer alvorlig misbruket er, desto større er risikoen for at barn vil lide. Alvorlig misbruk er skadelig for barn, og det er traumatisk å oppleve at en av foreldrene er helt ute av stand til å dra omsorg for seg selv og sine nærmeste. Misbruk vil også kunne redusere den andre omsorgspersonens ressurser til å yte omsorg for barnet. Selv om den andre omsorgspersonen er antatt velfungerende, vil det gå en grense for når misbruket blir så alvorlig at det vil påvirke familien i så stor grad at det må antas å være grunn til å tro at det foreligger alvorlig omsorgssvikt. I denne saken hadde faren slitt med både alkoholproblemer og depresjon over lang tid, hatt problemer med å dra på jobb, vært så beruset at han tilkalte ambulanse, og samboeren hadde reist bort med barnet på grunn av drikkingen.

Fylkesmannen påpekte at det ved alvorlig misbruk vil være vanskelig å stole på pasientens egne vurderinger om barnets omsorg. I denne saken hadde legene ikke i tilstrekkelig grad hatt fokus på hvordan alkoholmisbruket påvirket barnet. Det fremgikk ikke av journalen at

¹³⁹ Det skal nevnes at Helsetilsynet har uttalt at foreldrenes røyking innendørs ikke i seg selv utløser opplysningsplikt, selv om det er til skade for barnet, jf. Befring (2010) s.260.

¹⁴⁰ IS-17/2006 s.10

de på noe tidspunkt hadde tatt opp hvordan drikkingen påvirket barnet eller vurdert opplysningsplikten. Ved et så alvorlig og langvarig alkoholproblem som i denne saken, pliktet legene å være oppmerksom på opplysningspliktens inntreden.¹⁴¹

En annen fastlege hadde brutt opplysningsplikten da han ikke hadde meldt etter å ha blitt informert om at en mor, som hadde hatt psykisk problemer gjennom flere år, hadde sendt et barn ut av hjemmet uten å følge opp situasjonen umiddelbart. Dette var en indikasjon på at moren på det aktuelle tidspunktet ikke evnet å gi barnet praktisk og emosjonell omsorg og kunne defineres som alvorlig omsorgssvikt etter barnevernloven § 4-12 første ledd bokstav a. Selv om et familiemedlem var tilgjengelig å kunne ta seg av barnet, noe fastlegen visste, var barnet i prinsipp uten omsorg når det ble sendt ut av hjemmet uten umiddelbar oppfølging. Fastlegen hadde blitt kontaktet av andre familiemedlemmer for hjelp, noe som understøttet at situasjonen var alvorlig. At fastlegen selv så på situasjonen som uakseptabel, fremgikk av at han mente at hensynet til barnets beste krevde en ganske omgående flytting til faren. I stedet for å melde til barnevernet, hadde fastlegen avhjulpet situasjonen ved å utarbeide et notat med løsninger og anbefalt de involverte parter å henvende seg til helsesøster for videre oppfølgingshjelp. Helsesøster ble kontaktet av de involverte parter, som med utgangspunkt i opplysningene fra fastlegen arrangerte et møte med barneverntjenesten.

Ettersom fastlegen hadde foretatt en grundig vurdering og handlet i forhold til hva han mente var barnets beste der og da, ble pliktbruddet ikke ansett uaktsomt og vilkårene for å gi advarsel var dermed ikke oppfylt.¹⁴² Legen hadde vært familiens fastlege i mange år, og hans fremgangsmåte var etter min mening hensiktsmessig idet den innebar at både tillitsforholdet og barnets behov ble ivaretatt. Avgjørelsen er god, da påpekt pliktbrudd viser at hvert enkelt helsepersonell alltid har et selvstendig ansvar for å overholde plikten, samtidig som den erkjenner grundigheten i fastlegens vurderinger ved at pliktbruddet ikke ble ansett uaktsomt.

¹⁴¹ Fylkesmannen i Oslo og Akershus, 10.8.2012

¹⁴² Statens helsetilsyn, 22.12.2010

Helsetilsynet i Vestfold har vurdert en sak der en mor slet med rusmisbruk og alvorlige psykiske problemer, til belastning både for henne selv og barna. Pliktbrudd ble for det første påpekt overfor en fastlege som var kjent med disse problemene, da hun ikke hadde meldt ifra selv om hun visste at barna ikke møtte til avtaler i helsetjenesten eller til trekking av tenner og det heller ikke var mulig å identifisere hvor de oppholdt seg. Også en Ruspoliklinikk hadde brutt opplysningsplikten i denne saken idet den ikke hadde informert barnevernet om at moren kun hadde møtt til 1 av 7 avtalte behandlinger, der 5 av timene var etter henvisning fra barneverntjenesten. I tillegg ble pliktbrudd påpekt overfor en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. De skulle ha meldt ifra idet moren og et av barna ikke møtte til tre avtalte timer for medikamentoppfølging av ADHD-medisiner. Moren hadde stoppet barnets medisinbruk til tross for at medisinene viste god virkning. Først etter et halvt år ble bekymringsmelding sendt, noe som helsetilsynet anså å være for sent.¹⁴³

Av de ovennevnte avgjørelsene kan trekkes den slutning at når helsepersonell har kjennskap til rusmisbruk og psykiske problemer hos foreldrene, kreves det at de har stort fokus på hvordan problemene påvirker barnet. Det er etter min vurdering riktig å stille dette kravet i slike situasjoner. Allerede av helsepersonelloven § 33 første ledd, hvoretter helsepersonell som yter helsehjelp plikter «å være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side», må det følge at helsepersonell som for eksempel får kjennskap til at foreldrene har rusmiddelmisbruk, må ha plikt til å spørre om forholdet til barna.¹⁴⁴

Det er innvirkningen på barnet som er det avgjørende. For at en omsorgspersons psykiske problemer eller bruk av vanedannende legemidler og rusmidler, *alene* skal kunne *indikere* at det foreligger alvorlig omsorgssvikt, må problemene overstige en relativt høy grad.¹⁴⁵ Jeg har imidlertid ikke forutsetning til å fastslå nærmere hvor graden går. Selv når barnet

¹⁴³ Helsetilsynet i Vestfold, 25.11.2010

¹⁴⁴ Andersen (2008) s.42

¹⁴⁵ Statens helsetilsyn, 29.11.2010

har en annen antatt velfungerende omsorgsperson, vil det gå en grense for når problemene blir så alvorlige at det vil foreligge opplysningsplikt. Terskelen bør og ser ut til å være, betraktelig høyere i slike tilfeller.

Det har gode grunner for seg at det ikke automatisk inntreffer opplysningsplikt ved kjennskap til foreldre med psykiske problemer eller rusmisbruk, idet de kan være gode omsorgspersoner selv med slike problemer. Til forskjell fra vold og seksuelle overgrep, er det ikke noe automatikk i at rusmisbruk og psykiske problemer oppfattes av barnet. Av denne grunn anser jeg dette som et vanskelig område for helsepersonell å avgjøre når opplysningsplikten er inntruffet. At ingen av de som hadde brutt opplysningsplikten i de ovennevnte sakene ble gitt advarsel, er muligens et uttrykk for dette.

5.2.2 Vold

Når et barn er utsatt for vold vil det ofte være klart at det må karakteriseres som mishandling i hjemmet eller andre former for alvorlig omsorgssvikt, dette vil for eksempel være tilfelle ved fysisk vold av større omfang. Også det at barn er vitne til vold eller utsettes for fysisk eller psykisk vold av mindre omfang, vil kunne karakteriseres som alvorlig omsorgssvikt. Hvorvidt mistanke om slike forhold utløser opplysningsplikt vil blant annet avhenge av en totalvurdering av skaderisikoen, hvor for eksempel voldens karakter og hyppighet, barnets allmenne tilstand og eventuelle andre forhold som sier noe om hvordan barnet har det i hjemmet kan være relevant.¹⁴⁶

Vold og seksuelle overgrep mot barn har i de senere årene vært gjenstand for økt oppmerksomhet fra lovgiver.¹⁴⁷ Eksponering av vold representerer en trussel mot barns utvikling og helse, både fysisk og psykisk, og repeterende voldsbruk øker barnets lidelse. Selv om bar-

¹⁴⁶ IS-17/2006 s.10

¹⁴⁷ F.eks. L07.04.2006 nr.4 om endringer i barneloven, f.eks. barneloven § 48 fjerde ledd og straffeprosessloven § 224 fjerde ledd tilføyd ved L24.06.2011 nr.32

net ikke selv blir utsatt for vold, kan fysisk utagering hos en omsorgsperson være så skremmende at det fører til alvorlig traumatisering. Dersom utageringen er rettet mot en omsorgsperson, for eksempel mor, vil barnet ofte bli mer traumatisert enn om den hadde blitt rettet mot barnet selv. Traumatiseringen vil kunne medføre varige mén.¹⁴⁸ Forskning viser at barn som er vitne til vold og barn som blir utsatt for vold, i stor grad har overlappende symptomer og skadevirkninger i forhold til utvikling og fungering på lang og kort sikt.¹⁴⁹

HPN-2011-35, HPN-2011-36 og HPN-2011-37¹⁵⁰ omhandler en voldelig far. Av fastlegens henvisning til DPS fremkom at faren hadde vært voldelig mot kona og barna, knust og kastet ting og vært aggressiv stort sett verbalt. I henvisningen var det vist til at faren hadde sagt at han trengte hjelp raskt fordi han ikke vil slå kona og barna. I inntakssamtalen hos DPS fortalte faren at det var i situasjoner med mye krangling mellom ungene at han kunne slå dem, og dette ble nedtegnet i journalnotatet. Etter Helsepersonellnemndas vurdering forelå påregnelig risiko for at han skulle begå nye voldshandlinger overfor sine barn. Det at handlingene hadde pågått over tid og fortsatt pågikk ved oppstart av behandling samt at faren oppsøkte behandling fordi han ikke ville slå, tilsa betydelig gjentakelsesfare. Nemnda mente derfor at det allerede ut fra opplysningene i henvisningen og journalnotatet fra inntakssamtalen var grunn til å tro at det forelå en situasjon med mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt og dermed opplysningsplikt. Enhetslederen og farens behandler ved DPS sendte imidlertid først bekymringsmelding etter nærmere ett års behandling, da seks behandlingssamtaler hadde blitt gjennomført. Det var da fortsatt opplysninger om vold i hjemmet og at barna ble slått.

¹⁴⁸ F.eks. Statens helsetilsyn, teamkoordinator

¹⁴⁹ Q-1144 B s.11

¹⁵⁰ Statens helsetilsyn, fastlege, Statens helsetilsyn, enhetsleder, Statens helsetilsyn, behandler

Helsepersonellnemnda slo fast at enhetslederen hadde brutt opplysningsplikt. Vilåårene for å melde for hans del var oppfylt ved inntaksmåte.¹⁵¹ For behandleren oppstod opplysningsplikten da opplysningene om vold mot barna ble bekreftet av faren i behandlingstime, og pliktbrudd ble fastslått.¹⁵² Fastlegen, som ikke hadde sendt bekymringsmelding, hadde etter Helsepersonellnemndas vurdering opplysningsplikt etter sin konsultasjon med faren.¹⁵³ For psykologen som hadde hatt inntakssamtale inntraff opplysningsplikten idet faren bekreftet voldsbruk i samtalen.¹⁵⁴ Både fastlegen, enhetslederen, behandleren og psykologen som hadde hatt inntakssamtale ble gitt advarsel.

Også en teamkoordinator hadde brutt opplysningsplikten i denne saken. Plikten inntraff for hans del idet han fikk opplysninger om pasientens bruk av vold på fordelingsmåtet. Teamkoordinatoren ble etter en helhetsvurdering likevel ikke gitt advarsel. Han hadde verken hatt direkte befatning med faren eller et klart definert lederansvar på fordelingsmåte da enhetsleder var til stede. Teamkoordinatoren var derfor ikke den nærmeste til å vurdere opplysningene.¹⁵⁵ Dette illustrerer at type stilling vil kunne ha betydning for om det blir gitt advarsel, selv om hver enkelt har et personlig ansvar for overholdelse av plikten.

Enhetslederen anførte at han hadde forholdt seg til rutiner i henhold til hvordan opplysningsplikten er forstått i det rundskriv de benytter, IS-17/2006. Etter hans syn ga verken loven eller forarbeidene grunnlag for en sjablongmessig meldeordning av alle som mottar behandling for voldsbruk, uavhengig av om situasjonen er pågående og eventuelle tiltak som er igangsatt for å eliminere voldsrisiko, som å forebygge volden og skjerme andre i omgivelsene. Enhetslederen uttalte at han hadde vurdert informasjonen i saken konkret i

¹⁵¹ HPN-2011-35

¹⁵² HPN-2011-37

¹⁵³ HPN-2011-36

¹⁵⁴ Statens helsetilsyn, psykolog ved inntakssamtale

¹⁵⁵ Statens helsetilsyn, teamkoordinator

forhold til vilkårene i helsepersonelloven § 33 og konkludert med at den foreliggende informasjonen måtte bli supplert med nødvendige opplysninger.¹⁵⁶

Det at helsepersonell påberoper tolkning av autoritative kilder som bakgrunn for sine anførsler, tilsier muligens at kildene burde ha blitt forsøkt utformet mer presist. Imidlertid er det umulig å avskaffe ethvert skjønn. I forhold til vold av mindre omfang, synes jeg også at kildene, særlig rundskriv IS-17/2006, taler mot en sjablongmessig meldeordning. Derimot taler kildene for en slik sjablongmessig meldeordning ved fysisk vold av større omfang, og det kan derfor muligens trekkes den slutning at volden i denne saken kan karakteriseres som vold i større omfang. Voldsbruken hadde pågått over tid, og det at faren selv oppsøkte hjelp og uttalte at han trengte hjelp raskt, vitner om at han selv så alvorlig på voldsbruken. Helsepersonellnemnda og Statens helsetilsyn la i denne saken stor vekt på gjentakelsesrisikoen. Jeg slutter meg til Helsepersonellnemndas og Statens helsetilsyns vurdering, både i forhold til at det forelå betydelig gjentakelsesfare og at vilkårene for opplysningsplikt var oppfylt.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress har uttalt at det vil foreligge opplysningsplikt i alle tilfeller hvor det er utført medisinsk utredning etter mistanke om mishandling og det ikke er konkludert med at mishandling ikke har funnet sted. Etter min mening er det klart at opplysningsplikten har inntrådt i slike tilfeller. Opplysningsplikten er etter lovens ordlyd allerede oppfylt når det er «grunn til å tro» at et barn blir mishandlet i hjemmet. Når medisinsk utredning grunnet mistanke om vold igangsettes, har man etter min vurdering allerede noe mer enn en vag mistanke og derfor opplysningsplikt. I slike situasjoner bør i alle tilfeller ikke barnet sendes hjem til omsorgspersonen som det er mistanke om at har utført mishandling.

¹⁵⁶ HPN-2011-35

I Rt. 2005 s. 1567 ble en mann dømt for overtredelse av straffeloven § 228 første ledd etter at han som ledd i oppdragelsen hadde slått sine to stesønner, gutter på 7 og 9 år. Stefaren hadde lagt barna over lårene og gitt dem tre kraftige slag på baken med flat hånd, den ene ved tre anledninger, den andre ved en anledning. Ut fra en tolkning av voldsbegrepet i barneloven § 30 og barnekonvensjonen artikkel 19, oversteg disse kroppslige refselsene etter Høyesteretts vurdering klart det som kunne aksepteres i oppdragesøymed.¹⁵⁷

FNs komité for barns rettigheter har konsekvent opprettholdt det standpunkt at alle former for vold mot barn, selv mild vold, er uakseptabelt. Hyppighet, alvorlighetsgrad av skade og intensjon om å skade er ingen forutsetning for å falle inn under definisjonen vold. I General Comment til artikkel 19, uttaler komiteen at statene likevel kan henvise til slike faktorer i inngrepstilfeller for å sikre forholdsmessige tiltak til barnets beste.¹⁵⁸ Av denne grunn kan barnevernloven § 6-4 annet ledd første punktum og helsepersonelloven § 33 annet ledd bruke de mer kraftige uttrykkene «mishandling» og «alvorlig omsorgssvikt». Poenget er statene aldri må omtale vold mot barn som lovlig eller sosialt akseptabelt.¹⁵⁹

Rt. 2005 s. 1567 berører ikke opplysningsplikten, men det kan spørres hvorvidt saken har overføringsverdi til opplysningsplikts inntreden. Refselsene kan etter min vurdering ikke lede til omsorgsovertakelse. Imidlertid kreves for opplysningsplikt kun «grunn til å tro» at det foreligger mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt. Til skille fra saken i HPN-2011-35, HPN-2011-36 og HPN-2011-37, der faren oppsøkte behandling fordi han ikke ville slå barna, ble stefaren overrasket når han hørte at refselse var ulovlig, ba guttene om unnskyldning og lovet dem aldri mer å benytte ris som reaksjon.¹⁶⁰ Gjentakelsesfaren i stefarens tilfelle må derfor sies å være mindre enn hva den var i vedtakene fra Helseperso-

¹⁵⁷ I etterkant av Rt-2005-1567 fikk barneloven § 30 tredje ledd en tilføyelse ved L09.04.2010 nr.13.

¹⁵⁸ CRC (2011) s.8

¹⁵⁹ CRC (2011) s.8

¹⁶⁰ Sakens behandling i tingretten, TSTAV-2004-85206.

nellnemnda. Refselsene ligger etter min mening i grenseland for hva som utløser opplysningsplikt.

I LA-1996-528 ble en fylkeskommune dømt til å betale en mor erstatning etter en uaktsomt fremsatt bekymringsmelding fra en psykolog. Psykologen var ansatt i fylkeskommunen og hadde som offentlig ansatt meldeplikt om forhold kunne «medføre vernetiltak fra helse- og sosialstyret, jf. § 16», jf. tidligere barnevernlov av 1953 § 4b. Som psykolog hadde hun i tillegg opplysningsrett om forhold som kunne «føre til vernetiltak fra helse- og sosialstyrets side», jf. § 4c. Moren hadde kontaktet psykologen fordi hun fryktet at hennes mann var død. Han hadde en tid hatt betydelige økonomiske og psykiske problemer, og ingen visste nå hvor han var. Før konsultasjonen kom han tilbake, etter å ha vært borte i ca. fem uker. Han ble da innlagt til avrusning. Bekymringsmelding ble gitt på bakgrunn av disse opplysningene, at faren tidligere hadde vært straffet for vold, at morens utsagn om faren var innbyrdes motstridende, en henvisning fra ett år tidligere om at moren nesten daglig tenker på suicid og en oppfatning av at moren bevisst hadde gitt uriktige opplysninger om barnas opphold i barnehagen. Moren hadde sagt at barna var mye i barnehagen, mens psykologen etter å ha tatt kontakt med barnehagen fikk opplyst at barna hadde vært på ferie de siste 2-3 ukene. Barnehagen var imidlertid ikke var spesielt bekymret for barna.

Etter lagmannsrettens syn var denne informasjonen ikke tilstrekkelig til å utløse opplysningsplikt. Særlig ble det lagt vekt på at psykologen burde ha foretatt ytterligere undersøkelser før hun sendte bekymringsmelding. Etter min vurdering står dette i motstrid til hva jeg har omtalt under punkt 5.1. Man ikke skal måtte foreta en nøye undersøkelse av situasjon for å melde. Også tilfeller der man ikke vet noe konkret om barnets situasjon, for eksempel ved mistanke om rusmiddelbruk sammenholdt med andre bekymringsfulle observasjoner i en behandlingssituasjon, vil kunne gi grunnlag for melding.¹⁶¹ Saken må etter min mening ses i lys av at den ble avsagt så langt tilbake som i 1996. På bakgrunn av de gjen-

¹⁶¹ IS-8/2012 s.84

nomgatte sakene fra Helsepersonellnemnda og Statens helsetilsyn, tror jeg at resultatet hadde blitt annerledes i dag. Ikke på grunn av at det har kommet en ny lov, da meldeplikten i nåværende barnevernlov § 6-4 annet ledd første punktum, etter forarbeidene er ment langt på vei å svare til dagjeldende § 4b annet ledd,¹⁶² men først og fremst fordi skadevirkningene av omsorgssvikt har blitt gjenstand for økt vektlegging.

5.2.3 Seksuelle overgrep

Statens helsetilsyn har behandlet en sak der en ungdom i samtale med en klinisk pedagog ved Helsestasjon for ungdom hadde fortalt om overgrep fra far i form av berøring og et gjennomført samleie. Statens helsetilsyn uttalte at når en ungdom oppsøker en helsestasjon og forteller om seksuelle overgrep, vil opplysningsplikt som hovedregel utløses. Det må bero på en konkret vurdering i det enkelte tilfellet hvorvidt påstandene er av en slik karakter at det er grunn til å tro at det foreligger mishandling eller alvorlig omsorgssvikt. Imidlertid har det formodning mot seg at slike påstander fremsettes grunnløst, og det er viktigere å agere en gang for mye enn en gang for lite. Selv om man er usikker på om påstandene er sanne, tilsier så alvorlige påstander, direkte fremsatt av ungdommen selv, at grensen for vag mistanke er overskredet. Den kliniske pedagogen hadde derfor brutt opplysningsplikten når hun ikke meldte ifra til barnevernet. Etter en helhetsvurdering ble hun likevel ikke gitt advarsel. Det ble vektlagt at hun hadde erkjent og beklaget situasjonen, det lange tidsrommet som hadde gått fra forholdet fant sted og at det ikke var fare for gjentatt pliktbrudd. En viss vekt ble også lagt på at det ikke forelå instruks eller rutinebeskrivelser for arbeidet hun skulle utføre.¹⁶³

I fem saker behandlet hos Statens helsetilsyn, der to ble påklaget, HPN-2009-140, HPN-2009-139, ble fire behandlere og en enhetsleder ved DPS gitt advarsel etter brutt varslings-

¹⁶² Ot.prp. nr. 44 (1991-1992) s.82

¹⁶³ Statens helsetilsyn, klinisk pedagog, 22.7.2009

plikt til barnevernet og politiet.¹⁶⁴ I tillegg påpekte Statens helsetilsyn at sykehuset hadde alvorlige mangler ved internkontrollen/styringssystemet og hadde brutt forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4 i henhold til flere forhold.¹⁶⁵ Saken omhandlet seksuelle overgrep utført av en onkel.

Onkelen hadde gitt gjentatte og klare utsagn om at han i flere år hadde forgrepet seg seksuelt på sin niese, men hevdet at overgrepene hadde opphørt da han startet i behandling. Opplysningene ble journalført, men ingen ved poliklinikken meldte ifra. Flere av behandlerne viste til at de ikke hadde opplysningsplikt ettersom overgrepene hadde opphørt da onkelen startet behandling, noe Helsepersonellnemnda og Statens Helsetilsyn slo fast at var feil rettsoppfatning. De uttalte at opplysningsplikten til barnevernet inntreffer så snart det er grunn til å tro at overgrep har funnet sted. Barnet vil kunne ha stort behov for oppfølging etter å ha vært utsatt for overgrep og det kan være forhold i omsorgssituasjonen som har gjort overgrepene mulig. Videre ble påpekt at det er umulig å være sikker på om en pasient forteller sannheten når han sier at overgrepene er opphørt, da det kan være mange grunner til at en pasient sier dette. Pasienten kan både håpe og tro det selv, eller det kan være for belastende å stå ved at han fremdeles utfører tabubelagte og ulovlige handlinger.

Helsepersonellnemnda og Statens helsetilsyn viste videre til at gjentakelsesfaren var stor, noe jeg slutter meg til fullt ut. Det ble lagt vekt på at onkelen selv hadde søkt behandling fordi han var redd han ville fortsette med overgrepene, at han hadde opplyst om manglende impulskontroll og at overgrepene hadde pågått hyppig og i lang tid overfor et familiemedlem han hadde nær kontakt med.

Onkelens tredje behandler diagnostiserte onkelen annerledes enn de tidligere behandlerne ved å vurdere han som psykotisk og opplysningene om overgrep som vrangforestillinger. Helsepersonellnemnda påpekte at behandleren ikke hadde lagt tilstrekkelig vekt på onke-

¹⁶⁴ HPN-2009-140, HPN-2009-139, Statens helsetilsyn, 3.3.2010

¹⁶⁵ Statens helsetilsyn, Sykehuset v/direktøren

lens egne uttalelser, da det ikke kan utelukkes at utsagn om overgrep er reelle selv om pasienten er psykotisk. Med en så gjennomgående og konsistent forklaring om at han hadde forgrepet seg på sin niese i tidligere konsultasjoner, også i konsultasjoner der han ikke hadde blitt oppfattet som psykotisk, burde behandleren ha varslet selv med en mening om at det kunne være psykotiske vrangforestillinger.¹⁶⁶

Hensynet til de alvorlige følger pliktbruddet kunne ha tilsa at alle behandlerne og enhetslederen ble gitt advarsel. Bruddet på opplysningsplikten var egnet til å påføre onkelen «en betydelig belastning», jf. helsepersonelloven § 56 første ledd. Det å leve med ytterligere overgrep anses som en betydelig personlig belastning for overgriperen, manglende avdekking kan medføre at behandlingen av overgriperen blir forhindret eller vanskeliggjort og overgriperen kan sette seg i en mer alvorlig situasjon strafferettslig. Dette var tilfelle her da det i ettertid viste seg at overgrepene mot niesen hadde fortsatt og onkelen i tillegg hadde forgrepet seg seksuelt på en annen niese etter påbegynt behandling.¹⁶⁷

Etter den sistnevnte saken synes rettstilstanden når det gjelder personer som oppsøker behandling og forteller at de har utført seksuelle overgrep, å være klar. Opplysningsplikt foreligger. Den først omtalte saken er litt mer vag idet Statens helsetilsyn viser til at det skal foretas en konkret vurdering av om påstandene medfører at vilkårene er oppfylt. På bakgrunn av uttalelsen om at så alvorlige påstander tilsier at grensen for vag mistanke er overskredet selv om man er usikker på om påstandene er sanne, taler avgjørelsen likevel rimelig klart for at det skal meldes i tilfeller der barn og unge selv forteller at de har blitt utsatt for overgrep.

Etter min mening er dette den eneste riktige løsningen, det bør meldes fra med en gang uansett om det er overgriperen eller barnet/ungdommen som forteller om overgrep. Mens alvorlighetsgraden av vold i en viss grad kan graderes, for eksempel fra et klaps på baken

¹⁶⁶ HPN-2009-139 og Statens helsetilsyn, tredje behandler

¹⁶⁷ HPN-2009-140, HPN-2009-139, Statens helsetilsyn, 3.3.2010

til harde slag mot hodet, bør etter min mening selv seksuelle berøringer utløse opplysningsplikt. Vi er her inne på det området som etter min vurdering representerer det klareste tilfellet, det bør alltid meldes.

Saken vedrørende onkelen viser at det kan foreligge alvorlig omsorgssvikt og dermed opplysningsplikt i tilfeller der barn utsettes for overgrep fra andre enn sine nærmeste omsorgspersoner. Dette må gjelde uansett om det er tale om seksuelle overgrep eller vold. Omsorgssvikt foreligger her ved at foreldrene ikke har mulighet til å beskytte barnet mot fortsatte overgrep eller sørge for at barnet får nødvendig behandling for påførte traumer.¹⁶⁸ Opplysningsplikten eksisterer for å beskytte barnet, og det er ingen grunn til at barnet skal få mindre hjelp fordi skaden ikke er påført dem av de nærmeste omsorgspersonene. Det følger også av barnekonvensjonen artikkel 19 første ledd at staten skal beskytte barnet mot alle former for skade opplistet i artikkelen, ikke bare fra foreldrene, men også fra andre som har barnet i sin omsorg.

Selv om risikoen for at onkelen skulle utføre nye overgrep ble tatt opp, oppfatter jeg det som at gjentakelsesfaren ikke hadde noe betydning for resultatet, og at opplysningsplikt uansett forelå når det var «grunn til å tro» at overgrep hadde funnet sted. Vedtakene synes å tale for at det skal meldes også i tilfeller der overgrepene helt klart er opphørte, hvilket muligens bare kan sies å være tilfelle dersom overgriperen er død. Er min mening bør det være slik. Som vist til i punkt 2 om grunnleggende hensyn, kan seksuelle overgrep ha omfattende skadevirkninger, blant annet en tendens til å bli offer på nytt. Det er således svært viktig at barna får hjelp så raskt som mulig. Et spørsmål er hvorvidt dette kan ha overføringsverdi på situasjoner der barn har blitt utsatt for vold. Skal helsepersonell alltid melde dersom de får kjennskap til at et barn har blitt utsatt for alvorlig vold, selv om det er helt klart at voldsbruken er opphørt, som vel også her bare kan sies å være klart når voldsutøveren er død, og hvor skal eventuelt grensen for voldens omfang trekkes?

¹⁶⁸ HPN 2009-140, HPN 2009-139

5.2.4 Kjønnslेमlestelse

Opplysningsplikten omfatter også tilfeller der helsepersonell har en begrunnet bekymring for at ei jente står i fare for å bli utsatt for kjønnslेमlestelse eller ikke får den helsehjelp hun har behov for. Det at foreldrene eller jenta avstår fra tilbud om samtale og underlivsundersøkelse er i seg selv ikke tilstrekkelig til at opplysningsplikt inntre.¹⁶⁹ Disse standpunktene er etter min vurdering gode. Selv om det ikke er tilstrekkelig til å utløse opplysningsplikt at foreldrene eller jenta avstår fra tilbud om samtale og underlivsundersøkelse, bør helsepersonells oppmerksomhet øke, slik at de blir på vakt overfor andre tegn.

5.2.5 Tannhelse

Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud fra fødsel til og med det året man fyller 18 år, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a. Selv om skole og barnehage har enda tettere kontakt, står således ansatte i tannhelsetjenesten i en særstilling *som helsepersonell* da de treffer barnet jevnlig gjennom hele oppveksten.¹⁷⁰

Barns forhold til egen munn kan si noe om erfaringer de har med seg, og munn, svelg og tannstatus kan påvirkes av overgrep.¹⁷¹ Internasjonale studier viser at minst halvparten av tegnene på at et barn utsettes for fysiske eller seksuelle overgrep, forekommer i hals og hode regionen.¹⁷² Da barnet sitter godt opplyst og tannhelsepersonell har god visuell oversikt over hode- og halsregionen, har de således gode muligheter til å observere tegn.¹⁷³ Når barn og eventuelt deres foresatte kommer til tannundersøkelse, er det nettopp det de kommer for, hvilket medfører at de ikke er på vakt på samme måte som ved en legeundersøkelse.

¹⁶⁹ IS-1746 s.13

¹⁷⁰ Bendiksen (2008) s.191

¹⁷¹ Bendiksen (2008) s.191

¹⁷² Cairns (2004) s.66

¹⁷³ Bendiksen (2008) s.191-192

se.¹⁷⁴ Samlet gir dette tannhelsetjenesten gode muligheter til å oppdage at barn utsettes for særlig vold og seksuelle overgrep, men også annen omsorgssvikt.¹⁷⁵

Helsetilsynet i Vestfold opprettet tilsynssak overfor blant annet tannhelsetjenesten etter å ha fått kjennskap til at barna i en familie hadde blitt utsatt for alvorlig omsorgssvikt fra de var født. Barna hadde i flere år ikke møtt til undersøkelse og behandling ved tannhelsetjenesten. Senere måtte flere tenner fjernes i narkose på grunn av karries. Tannhelsetjenesten hadde ikke dokumentert kontakt med barnevernet, og Helsetilsynet konkluderte med at det forelå brudd på opplysningsplikten.¹⁷⁶

Helse- og omsorgsdepartementet har uttalt at kariessykdom i flere melketenner opp til fem års alderen kan skyldes flere forhold, som funksjonsnedsettelse, bruk av legemidler eller foreldrenes manglende kunnskap om sammenheng mellom kosthold, regelmessig renhold og tannhelse, uten at det behøver å være uttrykk for omsorgssvikt. Hvorvidt bekymringen er så alvorlig at den utløser opplysningsplikt, vil avhenge av en konkret vurdering i det enkelte tilfellet. Det skal altså ikke rutinemessig gå bekymringsmelding. Departementet påpekte at det er grunn til ekstra oppmerksomhet når barn ikke møter etter innkalling og når foreldre takker nei til innkalling.¹⁷⁷ Jeg tilslutter meg til departementets standpunkter. Det kan spørres hvor mange ganger manglende oppmøte til regelmessig tannundersøkelse kan passere før en eventuell opplysningsplikt utløses. Etter min vurdering burde to år være nok til å passere terskelen. Tannundersøkelser for barn er gratis og det skulle derfor ikke være noen grunn til å takke nei til innkalling.

¹⁷⁴ Rønneberg (2007)

¹⁷⁵ Bendiksen (2008) s.191-192

¹⁷⁶ Helsetilsynet i Vestfold, 25.11.2010

¹⁷⁷ HOD (2010), ref. B200607600-/HL

6 Opplysningsplikt ved pålegg

Etter barnevernloven § 6-4 tredje ledd, jf. annet ledd fjerde punktum og annet ledd tredje punktum jf. første punktum og helsepersonelloven § 33 tredje ledd, jf. annet ledd, har helsepersonell også opplysningsplikt etter pålegg fra barneverntjenesten og andre organer som er ansvarlige for gjennomføringen av barnevernloven. Mens opplysninger av eget tiltak skal gis til kommunens barneverntjeneste, må opplysninger etter pålegg gis til de organer som i øyeblikket arbeider med den enkelte sak. Det kan da dreie seg om kommunale, fylkeskommunale eller statlige organer, inkludert fylkesnemnda.¹⁷⁸

Opplysningsplikt ved pålegg gjelder for det første på de samme områdene som meldeplikten, som beskrevet i punkt 4.

Ved endringslov 17. juni 2005 nr. 64 ble opplysningsplikten etter pålegg utvidet til også å omfatte opplysninger som i forbindelse med sak fylkesnemnda skal avgjøre etter §§ 4-19, 4-20 og 4-21, er nødvendige for å kunne vurdere om en flytting tilbake til foreldrene, eller samvær med dem, vil kunne føre til en situasjon eller risiko for barnet som nevnt i §§ 4-10, 4-11 eller 4-12. Lignende utvidelse har ikke blitt inntatt i helsepersonelloven, men i likhet med tilføyelsen om menneskehandel med barn, har dette ikke noen rettslig betydning. Helsepersonell er like fullt forpliktet til å følge rekkevidden av opplysningsplikten slik den fremgår av barnevernloven. Tilføyelsen burde imidlertid også ha blitt tatt inn i helsepersonelloven for å få likelydende bestemmelser, og det kan stilles spørsmål om hvorfor dette ennå ikke har blitt gjort.¹⁷⁹

Formålet med opplysningsplikten i forbindelse med at det fremmes sak i fylkesnemnda etter §§ 4-19, 4-20 eller 4-21, er å sikre at barneverntjenesten og fylkesnemnda får tilgang

¹⁷⁸ Ofstad (2009) s.323

¹⁷⁹ Her ser vi en negativ side av at pliktbestemmelsen også er inntatt i loven som regulerer avgiverorganenes virksomhet. Lovendringer tar lengre tid, og endringer bør samordnes slik at bestemmelsenes ordlyd forblir like.

til opplysninger om foreldrene som kan si noe om hvorvidt barnet kan bli utsatt for omsorgssvikt i forbindelse med samvær hos foreldrene eller dersom barnet blir tilbakeført til dem. Her vil for eksempel opplysninger om eventuelt rusmisbruk kunne være relevant. Denne formen for opplysningsplikt vil kunne gi barneverntjenesten og fylkesnemnda gode forutsetninger for å treffe et nytt vedtak basert på foreldrenes utvikling etter omsorgsovertakelsen og deres aktuelle livssituasjon på vedtakstidspunktet.¹⁸⁰

Jeg har kun funnet en sak fra Statens helsetilsyn som berører opplysningsplikt etter pålegg, hvilket tyder på at denne delen av opplysningsplikten ikke volder særlige problemer i praksis. I denne saken hadde en lege overhode ikke besvart henvendelser fra barneverntjenesten og Helsetilsynet om utlevering av opplysninger. Rundt ett år etter at barnevernet hadde etterspurt opplysningene for første gang, ble legen gitt advarsel etter helsepersonelloven § 56, samt varslet om at autorisasjonen ville kunne bli tilbakekalt etter lovens § 57, dersom henvendelsene ikke ble besvart. De etterspurte opplysningene samt en redegjørelse ble gitt et halvt år etter dette og autorisasjonen ble ikke tilbakekalt. Statens helsetilsyn påpekte at legen på et langt tidligere tidspunkt burde ha besvart forespørselen fra barnevernet.¹⁸¹

6.1 Har helsepersonell plikt til å foreta en selvstendig vurdering av om vilkårene er oppfylt når barneverntjenesten har gitt pålegg?

Et spørsmål er hvorvidt helsepersonell har plikt til å foreta en selvstendig vurdering av om vilkårene er oppfylt når barneverntjenesten har gitt pålegg om utlevering av opplysninger. Ordlyden gir ikke noe svar på problemstillingen.

Etter forvaltningsloven § 14 annet punktum, jf. barnevernloven § 6-1, kan den som blir pålagt å utlevere opplysninger klage til Fylkesmannen dersom han mener det ikke foreligger plikt eller lovlig adgang til å gi opplysningene. Dersom påleggsgiver finner det på-

¹⁸⁰ Ot.prp.nr.64 (2004-2005) s.44

¹⁸¹ Statens helsetilsyn, 29.11.2010

trengende nødvendig for å gjennomføre sine oppgaver etter barnevernloven, kan det kreves at opplysningene gis før klagesaken er avgjort, jf. forvaltningsloven § 14 femte punktum. Alene sammenhengen i regelverket, viser at helsepersonell har *rett* til å foreta en selvstendig vurdering av om vilkårene er oppfylt i påleggstilfellene. Denne retten forutsetter imidlertid at det fremsettes klage straks dersom den pålegget angår er til stede og ellers innen tre dager, jf. § 14 fjerde punktum.

Eksistensen av klageadgang løser imidlertid ikke spørsmålet om helsepersonell, på bakgrunn av sin strenge taushetsplikt, har *plikt* til alltid å foreta en selvstendig vurdering i påleggstilfellene.

Forarbeidene til barnevernloven behandler ikke spørsmålet, det uttales kun at bestemmelsen om å gi opplysninger etter pålegg anses relativt lite problematisk.¹⁸² I juridisk litteratur har det kommet til uttrykk uenigheter rundt spørsmålet. Jeg har hatt tilgang til en sak fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus fra 1995 der problemstillingen blir berørt etter klage fra en overlege.¹⁸³ Avgjørelsen ble sendt ut i et veiledningsskriv¹⁸⁴ da Fylkesmannen hadde blitt kjent med at det hersket en viss usikkerhet rundt praktiseringen. Uten tilgang til Fylkesmannens avgjørelser har jeg ingen forutsetning til å si hvorvidt klageadgangen etter forvaltningsloven § 14 blir benyttet i stor grad.

6.1.1 Kilder som taler for at helsepersonell har plikt til å foreta en selvstendig vurdering

Warberg og Oma uttalte seg vedrørende spørsmålet i henholdsvis 1995 og 1998 og forfektet da det standpunkt at helsepersonell i påleggstilfellene alltid må gjøre en selvstendig vurdering av om vilkårene i loven er oppfylt. Omas viste til at et pålegg ikke i seg selv er nok

¹⁸² Innst.O.nr.80 (1991-1992) s.34

¹⁸³ Fylkesmannen i Oslo og Akershus, 6.12.1995

¹⁸⁴ Veiledningsskriv 95/15407

til å utløse utleveringsplikt, da plikten til å gi opplysninger følger av loven når vilkårene er oppfylt, og plikten verken blir større eller mindre av at barneverntjenesten gir pålegg om opplysninger.¹⁸⁵

Warberg begrunnet sitt standpunkt i at helsepersonell er vokter av sin taushetsplikt og at det er mest nærliggende at legen avgjør hvilke opplysninger som skal gis til barneverntjenesten, ut fra en konkret vurdering av informasjonsbehovet og barnets situasjon.¹⁸⁶ Mot dette kan det rettes den innvending at opplysningsplikten ikke først inntreffer når den informasjonen helsepersonell har alene kan begrunne vedtak etter barnevernloven, barnevernet kan motta informasjon fra flere aktører for en samlet vurdering.¹⁸⁷

6.1.2 Kilder som taler mot at helsepersonell har plikt til å foreta en selvstendig vurdering

Forarbeidene til helsepersonelloven er ikke helt klare vedrørende spørsmålet, selv om de synes å tale for at helsepersonell ikke har plikt til å vurdere hvorvidt vilkårene er oppfylt ved pålegg.

I NOU 1993:33 står det at vilkårene for opplysningsplikten antas å være den samme når opplysningene gis av eget tiltak og etter pålegg.¹⁸⁸ I de særskilte merknadene til helsepersonelloven § 33 i Ot.prp.nr.13 (1998-1999) uttales at «I påleggstilfellene bør helsepersonellet få informasjon slik at formålet med bestemmelsen på en bedre måte ivaretas. På dette grunnlaget kan helsepersonellet vurdere om vilkåret for utlevering av opplysninger er oppfylt, og hvilke opplysninger som skal gis.¹⁸⁹ Disse uttalelsene er ikke klare.

¹⁸⁵ Oma (1998) s.228

¹⁸⁶ Warberg (1995) s.243

¹⁸⁷ F.eks. Statens helsetilsyn, 22.12.2010

¹⁸⁸ NOU 1993:33 s.183

¹⁸⁹ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.232-233

De generelle merknadene i Ot.prp.nr.13 (1998-1999) synes å tale klart for at helsepersonell ikke har plikt til å gjøre en selvstendig vurdering. En av høringsinstansene, Datatilsynet, anførte at påleggsalternativet i dagjeldende lovgivning stred mot prinsippet om at helsepersonell skal vurdere om det foreligger en situasjon som tilsier fravikelse av taushetsplikten. Barne- og familiedepartementet mente at det ikke var tilstrekkelig grunnlag for at barnevernet, som i lov er tillagt å vurdere hvorvidt vilkårene for opplysningsplikt er tilstede, skulle gi tilbakemelding til helsepersonellet, og uttalte videre; «En eventuell overprøving av barnevernets vurdering fra helsepersonellets side vil medføre en uholdbar situasjon i forhold til hvem som har den endelige myndighet til å treffe avgjørelse i spørsmålet, samtidig som det vil kunne medføre at enkelte barn ikke får den hjelp de har krav på etter barnevernloven. Vi vil også gjøre oppmerksom på at barneverntjenesten i forhold til sin strenge taushetsplikt ikke har anledning til å gi slike opplysninger. Barne- og familiedepartementet anbefalte at loven på dette punkt gis samme formulering som dagens lovgivning».¹⁹⁰

Sosial- og helsedepartementet uttalte at de «har tatt Barne- og familiedepartementets innvendinger til følge, og bestemmelsen foreslås utformet på samme måte som dagens bestemmelser».¹⁹¹ Jeg tolker uttalelsen som at det siktes til Barne- og familiedepartementets innvendinger både i forhold til opplysningsplikt ved pålegg og tilbakemelding, hvilket i så fall medfører at Sosial- og helsedepartementets forutsetning ved vedtakelsen var at helsepersonell ikke har plikt til å foreta en selvstendig vurdering. Uttalelsen fra Barne- og familiedepartementet kan synes å tale for at helsepersonell ikke engang har rett til å foreta en selvstendig vurdering, men det fremgår klart av de særskilte merknadene i forarbeidet at helsepersonell har en klageadgang etter forvaltningsloven § 14.¹⁹² Ved endringslov av 19. juni 2009 nr. 45, ble det innført tilbakemeldingsplikt i barnevernloven § 6-7a. Uttalelsene

¹⁹⁰ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.105

¹⁹¹ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.105

¹⁹² Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.233

har derfor ingen relevans på dette området lengre og er kun tatt med for å vise sammenhengen.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus uttalte i 1995 at det avgjørende for inntreden av plikten, er at barneverntjenesten har definert en situasjon som gir grunnlag for opplysningsplikt, *ikke* om legen har grunn til å tro at det foreligger alvorlig omsorgssvikt.¹⁹³ Samme standpunkt legges til grunn i rundskriv Q-24, rundskriv IS-17/2006, rundskriv fra Statens helse-tilsyn og i tolkningsuttalelser fra Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet; det er barneverntjenesten eller fylkesnemnda som skal vurdere om opplysningsplikten foreligger og hvilke opplysninger som er relevante, fordi det vil være de som har kompetanse til å vurdere hvilke opplysninger som kan være relevante å innhente.¹⁹⁴

I rundskriv IS-8/2012 inntas formuleringen fra forarbeidene¹⁹⁵ om at «helsepersonell på dette grunnlaget kan vurdere om vilkåret for utlevering av opplysninger er oppfylt, og hvilke opplysninger som skal gis».¹⁹⁶ Rundskriv IS-8/2012 viser til rundskriv IS-17/2006, som igjen henviser til rundskriv Q-24. Henvisningsteknikken til de andre rundskrivene må antas å innebære at tolkningen skal være i samsvar med de øvrige rundskrivene.

Både Ohnstad, Lindboe, Hove, Ofstad og Skar mener at helsepersonell ikke har plikt til å foreta en selvstendig vurdering.¹⁹⁷ Ohnstad og Hove viser til at det må kunne legges vekt på formuleringen «grunn til å tro». Den som skal gi opplysninger gis nettopp «grunn til å tro» at det kan være grunnlag for en alvorlig sak når barneverntjenesten ber om opplysninger. Helsepersonells informasjon vil enten understøtte eller tale mot barnevernets mis-

¹⁹³ Fylkesmannen i Oslo og Akershus, 6.12.1995

¹⁹⁴ Q-24 s.30, IS-17/2006 s.10, IK-1/1996 s.2-3, F.eks. BFD (1997) ref.97/01988, SHD (2001) ref.98/05322HA2RH/mos

¹⁹⁵ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s.232-233

¹⁹⁶ IS-8/2012 s.85

¹⁹⁷ Ohnstad (2011) s.129, Lindboe (1998) s. 67, Hove (2011) note 297, Ofstad (2009) s.323

tanke, og i slike situasjoner vil det også være viktig å få frem opplysninger som eventuelt kan svekke graden av alvorlighet i saken.

Påleggsorganet må til en viss grad spesifisere hvilke opplysninger som ønskes,¹⁹⁸ og det blir dermed opp til dette organet å definere hva slags opplysninger som ligger innenfor rammen av opplysningsplikten. Dette følger av at påleggsorganene bare kan kreve de opplysninger som er relevante i forhold til de situasjoner som er omhandlet i § 6-4 annet ledd.¹⁹⁹ Spesifisering er viktig for å forhindre utveksling av personfølsom overskuddsinformasjon.²⁰⁰

Det kan for eksempel ikke kreves utlevert en fullstendig pasientjournal fra en lege, da barneverntjenesten ikke på forhånd kan vurdere om alle opplysningene i journalen er av betydning for saken. Barneverntjenesten må imidlertid kunne kreve alle opplysninger om en persons medikamentbruk uavhengig av om legen selv finner disse opplysningene relevante for spørsmålet om for eksempel omsorgssvikt.²⁰¹

På bakgrunn av barneverntjenestens definerte ramme tar helsepersonellet stilling til hvilke opplysninger som er nødvendige og relevante å gi ut.²⁰² I den ovennevnte saken fra Fylkesmannen hadde barneverntjenesten etterspurt diverse opplysninger. Fylkesmannens uttalte at det er opp til avgiverorganets skjønn *hvilke* opplysninger man har plikt til å gi. Fylkesmannen påpekte imidlertid at hensynet til barnet først og fremst skal være avgjørende for legens skjønn, ikke hensynet til å bevare tillit i behandlerforholdet.²⁰³

¹⁹⁸ Q-24 s.30, IS-17/2006 s.10

¹⁹⁹ BFD (1994) ref.94/00226

²⁰⁰ Ofstad (2009) s.323-324

²⁰¹ Q-24 s.30, Ofstad (2009) s.323

²⁰² SHD (2001) ref.98/05322HA2RH/mos

²⁰³ Fylkesmannen i Oslo og Akershus, 6.12.1995

6.1.3 Drøfting

Som vist i gjennomgangen ovenfor synes det kun å være Warberg og Oma som klart forfekter at helsepersonell alltid må foreta en selvstendig vurdering av om vilkårene for å utlevere opplysninger er oppfylt i påleggstilfellene. Deres standpunkt kom imidlertid til uttrykk så langt tilbake som i 1995 og 1998, altså før Ot.prp.nr.13 (1998-1999) og de viktigste rundskrivene på området ble utarbeidet. Den ovennevnte avgjørelsen fra Fylkesmannen ble imidlertid publisert så tidlig som i desember 1995. Både rettskildenes alder, rettskildenes karakter, at det er juridisk litteratur, samt at andre og mer vektige kilder taler imot de, svekker vekten av Warberg og Omas standpunkt.

De aller fleste rettskildene og rettskildene med størst vekt, taler for at helsepersonell ikke har plikt til å foreta en selvstendig vurdering av om vilkårene for å utlevere opplysninger er oppfylt i påleggstilfellene. Noen av kildene, som Ot.prp.nr.13 (1998-1999) og rundskriv IS-8/2012, kunne imidlertid ha blitt formulert klarere. På grunn av enigheten i disse rettskildene, er det grunn til å tro at spørsmålet ikke lenger volder særlige problemer i praksis.

Etter min mening er den klart beste løsningen at helsepersonell ikke skal ha plikt til å foreta en selvstendig vurdering ved pålegg. Hove og Ohnstads begrunnelser har etter min mening gode grunner for seg. Barneverntjenesten kan sitte inne med mer og annen informasjon enn helsepersonell, som må settes sammen med opplysninger fra helsetjenesten for å få en oversikt over situasjonen. Dersom barneverntjenesten i slike tilfeller må konkretisere saksforholdet i stor grad for at helsepersonell skal få et fullstendig vurderingsgrunnlag, og at helsepersonell deretter skal vurdere nøye om og hvilke opplysninger som skal gis, blir dette svært tidkrevende. Effektivitetshensyn taler klart for at helsepersonell ikke bør bruke lang tid på å vurdere hvorvidt vilkårene er oppfylt i hvert enkelt tilfelle. Ofte kreves raske tiltak, og tiden bør ikke brukes til å løse uenighet mellom etatene. I samme retning taler at opplysningsplikten hviler på den forutsetning at det er barneverntjenesten som har de beste

faglige forutsetninger for å hjelpe barn og unge,²⁰⁴ og at helsepersonell ikke er gitt en lignende adgang til å rette pålegg om opplysningsutlevering fra barneverntjenesten.

Kjønstad uttaler at han ikke kan se at sontringen mellom eget tiltak og etter pålegg er av rettslig betydning; vilkårene for å gi taushetsbelagte opplysninger er de samme i begge tilfeller.²⁰⁵ Poenget er at dette burde ha vært et ikke-spørsmål. Med en optimalt harmonisert fortolkning ville dette spørsmålet bare i sjeldne tilfeller kommet på spissen. En klageadgang *uten* oppsettende virkning ville da ha vært et tilstrekkelig reguleringsmiddel ved uenigheter. At det finnes ulike fortolkningene viser uansett at bestemmelsens ordlyd kunne ha blitt formulert klarere.

7 Hvordan avhjelpe tolkningsproblemer?

Etter gjennomgang av praksis, er mitt inntrykk at det største problemet ligger i at helsepersonell avventer for lenge før de melder, for å se utfallet av behandling²⁰⁶ eller for få sikrere holdepunkter for at det foreligger alvorlig omsorgssvikt.²⁰⁷ For eksempel finnes i vedtakene anførsler som «Det forelå ikke meldeplikt fordi pasienten var i en behandlingssituasjon for å få bukt med sitt problem, han ga klart uttrykk for at han ikke ville slå barna, og han responderte godt på behandlingen. Dersom klageren hadde meldt fra til barnevernet på et tidligere tidspunkt, ville det være risiko for at behandlingen ble avsluttet, hvilket på lengre sikt kunne sette barna i fare».²⁰⁸

Hva er så bakgrunnen for dette og hvordan kan tolkningsproblemer avhjelpes slik at reglene fungerer overfor aktører uten stor grad av juridisk kompetanse?

²⁰⁴ Andersen (2008) s.28

²⁰⁵ Kjønstad (2012) s.181

²⁰⁶ F.eks. HPN-2011-37

²⁰⁷ F.eks. Statens helsetilsyn, klinisk pedagog, 22.7.2009

²⁰⁸ HPN-2011-37 s.3

7.1 Bakgrunnen for tolkningsproblemer

Som beskrevet ovenfor er vilkårene for opplysningsplikt likelydende i barnevernlovens og helsepersonellovens bestemmelse, med unntak av tilføyelsene i barnevernloven som er uten rettslig betydning. Spørsmålet om hvorvidt det foreligger opplysningsplikt innebærer selvsagt ofte vanskelig avveininger, men selve ordlyden som sådan skulle ikke være opphav til ulike fortolkninger.

Riedl fremhever at de ulike fagmiljøene har egne tradisjoner og kulturer²⁰⁹ og benytter ulike kilder til informasjon om opplysningspliktens rekkevidde, som kan inneholde oppfatninger som medfører at de hensyn som opprinnelig lå bak barnevernloven § 6-4 ikke blir ivare tatt. Han viser til en artikkel i Tidsskriftet Sykepleien²¹⁰ der det fremgår at sykepleiere lar taushetsplikten «gå foran» og at man ofte ikke melder fra i tilfeller hvor man mistenker at barn har vært utsatt for vold. Han uttaler at det ut fra artikkelen er vanskelig å finne konkret svar på hvorvidt dette er uttrykk for en *ukultur* eller *gal fortolkning*.²¹¹

7.1.1 En velfungerende opplysningsplikt avhenger både av evne og vilje

I noen av de gjennomgåtte sakene er det klart at helsepersonellet har hatt en feilaktig oppfatning av reglene.²¹² Dersom brutt opplysningsplikt i visse tilfeller skyldes manglende vilje, ville dette trolig blitt tildekket i tilsynsmyndighetenes og Helsepersonellnemndas behandling av saken. Det er derfor ut fra flere av sakene, vanskelig å si hvorvidt bruddet skyldes manglende *vilje* eller manglende *evne*. Begge disse komponentene må være på plass for å få en velfungerende informasjonsutveksling.²¹³

²⁰⁹ Også SINTEF (2005), NOU 2009:22 s.94

²¹⁰ Fonn (2009)

²¹¹ Riedl (2010)

²¹² F.eks. HPN-2009-139

²¹³ NOU 2009:22 s.95

Dersom noe av forklaringen på ulike fortolkninger skyldes manglende vilje, kan det være interessant å trekke trådene tilbake til de dels sterke motforestillingene som fremkom under lovforberedelsen. Det ble blant annet uttalt at man kunne påregne en viss sivil ulydighet fra yrkesgruppene, idet erkjennelsen av at tillitsforholdet kunne bli definitivt ødelagt, kunne innebære at man unnlot å melde.²¹⁴ Påpekt ble også fare for at meldeplikten ville uthules for eksempel i form av vridning i tolkningen av mishandlingsaker, ved at enkelte mer eller mindre ubevisst ville kunne søke å omdefinere tegn på mishandling til et ulykkestilfelle eller lignende.²¹⁵ Innvendingene var blant annet begrunnet i taushetspliktens lange tradisjon og dens sterke stilling både i helsepersonells og publikums bevissthet, at plikten ville kunne ødelegge meldingsinstitusjonens egne muligheter til å gjøre noe og at melderens kunne komme i skade for å ta feil.²¹⁶

På bakgrunn av disse innvendingene, kan kanskje noe av forklaringen på en ikke optimalt fungerende opplysningsplikt, i rettsosilogiske termer sies å være at bestemmelsene om opplysningsplikt landet i et sosialt landskap som forhindret de tilsiktede virkningene. Retten fungerer som en komponent i en sammensatt sosial helhet. Butter sammenhengen eller landskapet i vid forstand imot, innfris ikke de tilsiktede virkningene. For at lovgivning skal virke som tilsiktet, forutsettes blant annet motivasjon hos de personene den skal virke på. Slik motivasjon kan både være bevisst og ubevisst.²¹⁷ Taushetspliktens lange tradisjon kan være en faktor som fører til at noen ubevisst ikke anvender opplysningsplikten i den grad den var forutsatt anvendt. Sterke motforestillinger og uttalelser om sivil ugylldighet ved lovforberedelsen, representerer en fare for at enkelte bevisst ikke oppfyller opplysningsplikten. Muligens henger noe av motforestillingene fortsatt igjen.

²¹⁴ NOU 1985:18 s.280, NOU 1993:33 s.182-183

²¹⁵ St.meld.nr.72 (1984-1985), NOU 1985:18 s.277

²¹⁶ NOU 1985:18 s.280, NOU 1993:33 s.182-183

²¹⁷ Mathiesen (2011) s. 46, 75

På den andre siden kan det være grunn til å tro at motforestillingene har minsket etter vedtakelsen. I forarbeidene til helsepersonelloven ble det påpekt at mye av den ovennevnte skepsis kom av frykt for urettmessige tvangsinngrep, som ble antatt å være basert på tidligere lovgivning hvoretter tiltakene i langt større grad besto av tvangsmessige inngrep.²¹⁸ De siste årene har det vært flere svært alvorlige saker med bred dekning i media, som Christoffer-saken²¹⁹, Alvdals-saken²²⁰ og Gjerdrum-saken. Sakene kan fremskynde utviklingen, ved at normative holdninger og opinionsklimaet i samfunnet²²¹ endrer seg, og at oppmerksomheten rundt barn øker.²²²

Tolkningsproblemer som har sitt opphav i manglende evne kan lettere repareres enn manglende vilje. Flere tiltak for å bedre kunnskapen blant helsepersonell, vil imidlertid føre til at det blir vanskeligere å gjemme en eventuell manglende vilje bak en begrunnelse om manglende kunnskap. Jeg vil i det følgende vurdere mulige tiltak som har blitt foreslått.

7.2 Lovteknikk

Riedl mener at dersom man byttet innholdet i helsepersonelloven § 33 ut med en henvisning til barnevernloven § 6-4 ville man begrenset faren for at helsepersonell gjør opplysningsplikten til et helsefaglig spørsmål og unngå at det oppstår ulike fagspesifikke fortolk-

²¹⁸ NOU 1993:33 s.183. Nylig ble det lagt frem forslag til endringer i barnevernloven, bla. skal det biologiske prinsipp tillegges mindre vekt, noe som betyr at barna skal få hjelp raskere, se Tønsberg blad (2013). Også NOU 2012:5. Det kan spørres om en mulig konsekvens er at terskelen for igangsetting av tiltak etter bekymringsmelding blir mindre og derav virkningene av en melding større.

²¹⁹ LA-2012-92858, LA-2008-179127

²²⁰ Rt-2011-1789, TNOST-2010-153052-2

²²¹ Mathiesen (2011) s.103-104

²²² Bergström (2006) s. 158, uttaler at det er grunn til å tro at det er underrapportering av meldinger i.f.t. flyktningbarn. Mulig årsaker er redsel for å bli stemplet som rasist, usikkerhet i forhold til hva som er akseptabelt i andre kulturer og at man tåler mer på deres vegne da tilværelsen i asylmottak ofte i utgangspunktet neppe synes å tilfredsstille barns grunnleggende behov.

ninger. Etter hans vurdering utgjør den spredte forankringen av opplysningsplikten i lovgivningen «et betydelig rettssikkerhetsproblem fordi man eksponerer den for en kombinasjon av ukultur som preges av meldevegring og gale fortolkninger av helsepersonelloven § 33» og at konsekvensen av dette er at mange barn som skulle vært fanget opp ikke blir det.²²³

Kjønstad viser til at prinsippet om at avgiverorganets lovgivning skal inneholde regler om opplysningsplikt ikke tar tilstrekkelig hensyn til at reglene skal være mest mulig enkle og klare. Han påpeker at bestemmelsene om taushetsplikt og kommunikasjon er svært kompliserte og blir ytterligere komplisert for hver lovendring, samt at det er vanskelig å se sammenhengen mellom regelfragmentene.²²⁴

I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven ble det gjort lignende betraktninger vedrørende henvisningsteknikk. Etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering ville en samordnet regulering av taushetsplikten, gi *lovstrukturelle, praktiske og personvernmessige gevinster, gjøre regelverket mer oversiktlig og forståelig, og legge bedre til rette for samarbeid og opplæring*. Samordning ble foretatt ved at helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 henviser til helsepersonelloven og gir loven, herunder reglene om opplysningsplikt, tilsvarende anvendelse for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.²²⁵

Begrunnelsen for å ha regler om opplysningsplikt både i barnevernloven og avgiverorganenes lovgivning var at dette ville bidra til å gjøre bestemmelsen kjent for den enkelte og dermed kunne få betydning for regelens effektivitet. Lovteknikken ble antatt å skape det

²²³ Riedl (2010)

²²⁴ Kjønstad (2012) s.191

²²⁵ Prop.91L (2010-2011) s.109

beste grunnlag for vurderingen av om opplysninger skulle gis og ga bedre mulighet til å avgrense hvilke grupper plikten skulle gjelde for.²²⁶

Mange ulike rettskilder med forskjellige tolkninger av opplysningsplikten, fører til et fragmentert og uoversiktlig rettsbilde. Dersom innholdet i helsepersonelloven § 33 hadde blitt byttet ut med en henvisning til barnevernloven § 6-4, hadde man i beskrivelsen av § 33 muligens sett flere henvisninger til rettskilder som har beskrevet barnevernloven § 6-4 eller en gjentakelse av disse.

7.3 Videre eller enklere formulert opplysningsplikt

Barneombudet har uttalt at det bør vurderes om bestemmelsene om opplysningsplikt bør revideres og gis en enklere utforming. De påpeker at en gjennomgang av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets tolkningsuttalelser viser at spørsmålet om hvordan lovverket rundt opplysningsplikten skal forstås er en gjenganger, noe som kan indikere at bestemmelsene er for komplisert utformet. For eksempel kan en få inntrykk av at melder må foreta sammensatte og kompliserte vurderinger av mer barnevernfaglig art før en bekymringsmelding kan sendes.²²⁷ Bakgrunnen for dette er nok henvisningene til barnevernloven §§ 4-10, 4-11, 4-12, 4-24 og 4-29.

Bendiksen ønsker et forenklet regelverk. Hun viser til at reglene om opplysningsplikt er noe videre formulert i Sverige, Danmark og Island og mener at dette kan være veien å gå også i Norge.²²⁸

²²⁶ St.meld.nr.72 (1984-1985), NOU 1985:18 s.277-278, Ot.prp.nr.60 (1988-1989) s.173-174, Ot.prp.nr.44 (1991-1992) s.81-82

²²⁷ NOU 2012:5 s.215-216

²²⁸ Bendiksen (2008) s.194

Lindboe skrev i 1998 at opplysningsplikens begrensning til de alvorligste sakene, er i strid med barnevernloven § 3-1 annet ledd om å avdekke problemer så tidlig at varige problemer kan unngås.²²⁹ Børresen har uttalt at opplysningsplikten også bør inntre der det er grunn til å tro at barnet har behov for hjelpetiltak etter barnevernloven § 4-4. Han påpeker at det ikke kan være riktig å vente til ungdommen er vel etablert i et rusmiljø, til barnet blir mishandlet, eller til omsorgssvikten har vart så lenge at det har oppstått en alvorlig situasjon for barnets fysiske eller psykiske helse før man melder ifra.²³⁰ Andersen mener på sin side at opplysningsplikten ikke bør utvides til å omfatte tilfeller der det er grunn til å tro at det er behov for hjelpetiltak, da en slik utvidelse vil innebære en kraftig uthuling av taushetsplikten.²³¹

Det er klart at barneverntjenesten i mange tilfeller får vite om barna som trenger hjelp for sent. Et spørsmål er imidlertid om en videre formulert opplysningsplikt, omfattende mindre alvorlige tilfeller enn etter gjeldende rett, vil føre til en bedring eller om det kun vil føre til større uklarhet. Dette ble påpekt av Helsedirektøren i forbindelse med Barnevernkomiteens forslag i 1957 om at terskelen skulle være forhold som kunne føre til vernetiltak fra barnevernsnemndas side; «Det dreier seg her ikke bare om melding av konkrete, enkle, faktiske omstendigheter som lett lar seg konstatere, men om i høy grad skjønnsmessige forhold som kan være gjenstand for ytterst varierende vurdering. Selv det faktiske grunnlag vil ofte være usikkert, og når dette så skal bedømmes i forhold til kriteriene i § 17 vil meldeplikten bli rent illusorisk».²³² En utvidelse av plikten vil kunne møte motstand og muligens medføre økt vridning i tolkningen av faktiske forhold, samt helsepersonell som ikke stiller spørsmål. I tillegg kommer ikke minst at det fortsatt hersker uklarhet og ulike praktiseringer på tross av at terskelen etter gjeldende rett har stått uforandret siden 1992. Dersom man for-

²²⁹ Lindboe (1998) s.69

²³⁰ Børresen (1995) s.169

²³¹ Andresen (2008) s.41

²³² Uttalelse hentet fra Ot.prp.nr.60 (1988-1989) s.173

andrer terskelen vil man måtte påregne en viss tilvenningstid. Min vurdering er derfor at dette ikke er den beste veien å gå.

7.4 Bedre informasjon innenfor dagens regelverk

Barneombudet har foreslått at det bør utarbeides en casebasert veileder som skisserer noen konkrete saker og hva som skal til i de enkelte sakene for at meldeplikten slår inn. Dette på grunn av at taushetsplikten oppleves å stå sterkt, og at mange er usikre når de står midt oppe i en enkeltsak og skal gjøre et valg.²³³ Jeg tror dette kan være en god idé. De eksisterende rundskrivene inneholder stort sett de samme tolkningene og henviser til hverandre, men de er generelle. Konkrete eksempler kan man få fra Helsepersonellnemndas vedtak, men det er få av disse. Avgjørelser fra tilsynsmyndighetene er i svært liten grad publisert, noe som medfører at det samlet er liten tilgang på konkrete eksempler på hvor terskelen for opplysningsplikt ligger.

Et eventuelt ny casebasert veileder bør imidlertid kombineres med grundig opplæring. Barneombudet har påpekt at meldeplikten må komme inn som en sentral del av alle utdannelser der man kan komme i kontakt med barn, på linje med fokuset som tillegges taushetsplikten.²³⁴ Kunnskapsdepartementet uttalte i 2012 at de vil innføre et nytt felles innhold i alle helse- og sosialfaglige grunnutdanninger. Formålet er blant annet forberedelse på tverrprofesjonell yrkesutøvelse, herunder sikre kunnskaper om helheten i lov- og regelverk, samt gode kommunikasjons- og samarbeidsevner. Departementet vil også innføre større grad av tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS). I dag foregår utdanningen av de ulike profesjonene i stor grad separat. TPS innebærer at studenter fra ulike profesjonsutdanninger lærer sammen og bør i hovedsak gjennomføres ved bruk av felles praksisperioder, men også i prosjektoppgaver og lignende.²³⁵

²³³ NOU 2012:5 s.215-216

²³⁴ NOU 2012:5 s.216

²³⁵ Meld.St.13 (2011–2012) s.68-69

8 Litteraturliste

Konvensjoner

- EMK Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (Den europeiske menneskerettskonvensjon) av 4. november 1950
- SP International Covenant on Civil and Political rights (FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter) av 16. desember 1966
- BK Convention on the Rights of the Child (Barnekonvensjonen) av 20. november 1989

Lover og forskrifter

- 1814 Kongeriget Norges Grundlov, given i Rigsforsamlingen paa Eidsvold den 17de Mai 1814 (Grunnloven) av 17. mai 1814 nr. 00
- 1902 Almindelig borgerlig Straffelov (straffeloven) av 22. mai 1902 nr. 10
- 1953 Lov om barnevern (barnevernloven) av 17. juli 1953 nr. 14 – Opphevet
- 1967 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. februar 1967
- 1981 Lov om barn og foreldre (barnelova) av 8. april 1981 nr. 07
- 1981 Lov om rettergangsmåten i straffesaker (straffeprosessloven) av 22. mai 1981 nr. 25
- 1983 Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) av 3. juni 1983 nr. 54
- 1984 Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) av 30. mars 1984 nr. 15
- 1992 Lov om barneverntjenester (barnevernloven) av 17. juli 1992 nr. 100
- 1999 Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) av 21. mai 1999 nr. 30
- 1999 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999 nr. 61
- 1999 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr. 63
- 1999 Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64

- 2001 Sosialtjänstlag av 7. juni 2001 (2001:453) [Sverige]
- 2002 Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten av 20. desember 2002 nr. 1731
- 2005 Lov om endringer i lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) m.v. av 17. juni 2005 nr. 65
- 2006 Lov om endringer i barnelova mv. (omfang av samvær, styrking av meklingsordningen, tiltak for å beskytte barn mot overgrep, foreldreansvar etter dødsfall, tilbakebetaling av barnebidrag mv.) av 7. april 2006 nr. 6
- 2009 Lov om endringer i barnevernloven av 19. juni 2009 nr. 45
- 2010 Lov om endringer i barnelova mv. av 9. april 2010 nr. 13
- 2010 Bekendtgørelse om underretningsplikt over for kommunen efter lov om social service av 16. desember 2010 nr. 1466 [Danmark]
- 2011 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24. juni 2011 nr. 30
- 2011 Lov om endringer i straffeprosesslova mv. (etterforskningsplikt mv.) av 24. juni 2011 nr. 32
- 2012 Lov om endringer i barnevernloven av 22. juni 2012 nr. 34
- 2012 Lovbekendtgørelse om Social service av 19. juli 2012 nr. 810 [Danmark]

Forarbeider

Offentlige utredninger

NOU 1982:26	Barnemishandling og omsorgssvikt
NOU 1985:18	Lov om sosiale tjenester m.v.
NOU 1993:33	Helsepersonells rettigheter og plikter
NOU 2009:1	Individ og integritet. Personvern i det digitale samfunnet.
NOU 2009:22	Det du gjør, gjør det helt (Flatø-utvalget)
NOU 2012:5	Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet.

NOU 2013:1

Det livssynsåpne samfunn. En helhetlig tros- og livssynspolitikk.

Odelstingsproposisjoner og andre lovproposisjoner

Ot.prp. nr. 60 (1988-1989)	Sosiale tjenester m.v. (sosialloven)
Ot.prp. nr. 44 (1991-1992)	Om lov om barneverntjenester (barnevernloven)
Ot.prp. nr. 13 (1998-1999)	Helsepersonell mv. (helsepersonelloven)
Ot.prp. nr.109 (2001-2002)	Om lov om endringer i straffeloven og straffeprosessloven (rasistiske symboler, besøksforbud og strafferammen ved sammenstøt av lovbrudd)
Ot.prp. nr. 45 (2002-2003)	Om lov om endring i menneskerettsloven mv. (innarbeiding av barnekonvensjonen i norsk lov)
Ot.prp. nr. 90 (2003-2004)	Om lov om straff (straffeloven)
Ot.prp. nr. 64 (2004-2005)	Om lov om endringer i lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) m.v.
Ot.prp. nr. 104 (2008-2009)	Om lov om endringer i barnelova mv.
Prop. 91 L (2010-2011)	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
Prop. 43 L (2011-2012)	Endringer i barnevernloven
Prop. 106 L 35	Endringer i barnevernloven

Innstillinger til Odelstinget

Innst.O.nr. 80 (1991-1992)	Melding fra forbruker- og administrasjonskomiteen om lov om barneverntjenester (barnevernloven).
Innst.O.nr. 115 (2004-2005)	Innstilling fra familie-, kultur- og administrasjonskomiteen om lov om endringer i lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) m.v.

Stortingsmeldinger

St.meld. nr. 72 (1984-1985) Om barne- og ungdomsvernet

Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd - Samspill i praksis

Svenske forarbeider

Prop. 2002/03:53 Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m.

Prop. 2012/13:10 Stärkt stöd och skydd för barn och unga

The European Court of Human Rights

Olsson v. Sweden	The European Court of Human Rights, Strasbourg, 24. mars 1988
Eriksson v. Sweden	The European Court of Human Rights, Strasbourg, 22. juni 1989
Anne-Marie Andersson v. Sweden	The European Court of Human Rights, Strasbourg, 22. mai 1992
Johansen v. Norway	The European Court of Human Rights, Strasbourg, 7. august 1996
Anne-Marie Andersson v. Sweden	The European Court of Human Rights, Strasbourg, 27. august 1997
Z and others v. The United Kingdom	The European Court of Human Rights, Strasbourg, 10. mai 2001
K.T. v. Norway	The European Court of Human Rights, Strasbourg, 25. september 2008
R.K. and A.K. v. The United Kingdom	The European Court of Human Rights, Strasbourg, 2008

Høyesterett, lagmannsrett og tingrett

Rt 1989 1363

Rt 1998 1638

Rt 2003 301

Rt 2005 1567

Rt 2011 1789

LA-1996-528

LE-1998-496

LA-2008-179127

LA-2012-92858

TSTAV-2004-85206

TNOST-2010-153052-2

Statens helsepersonellnemnd*

HPN-2009-140

HPN-2009-139

HPN-2011-35

HPN-2011-36

HPN-2011-37

Statens helsetilsyn*

Statens helsetilsyn, tilsynssak mot klinisk pedagog, 22.7.2009

Statens helsetilsyn, vedtak om advarsel til enhetsleder ved DPS, 3.3.2010

Statens helsetilsyn, vedtak om advarsel til første behandler ved DPS

Statens helsetilsyn, vedtak om advarsel til andre behandler ved DPS
Statens helsetilsyn, vedtak om advarsel til tredje behandler ved DPS
Statens helsetilsyn, vedtak om advarsel til fjerde behandler ved DPS, 3.3.2010
Statens helsetilsyn, tilsynssak mot Sykehuset v/ direktøren

Statens helsetilsyn, tilsynssak mot fastlege, 29.11.2010

Statens helsetilsyn, tilsynssak mot fastlege, 22.12.2010

Statens helsetilsyn, vedtak om advarsel til fastlege
Statens helsetilsyn, tilsynssak mot teamkoordinator ved DPS
Statens helsetilsyn, vedtak om advarsel til psykolog som hadde inntakssamtale ved DPS
Statens helsetilsyn, vedtak om advarsel til enhetsleder ved DPS
Statens helsetilsyn, vedtak om advarsel til behandlingsansvarlig ved DPS

Fylkesmannen / Helsetilsynet i fylket*

Fylkesmannen i Oslo og Akershus, klage fra overlege over pålegg om å gi opplysninger om pasient, 6.12.1995

Helsetilsynet i Vestfold, tilsynssak mot en rekke kommuner, institusjoner og fastleger i Vestfold i perioden 9.2.2010 til 3.8.2010, 25.11.2010

Fylkesmannen i Oslo og Akershus, tilsynssak mot fastlege, 10.8.2012

Fylkesmannen i Oslo og Akershus, tilsynssak mot vikarierende fastlege, 10.8.2012

* De avgjørelsene fra Statens helsepersonellnemnd, Statens helsetilsyn og Fylkesmannen/ Helsetilsynet i fylket som er satt i avsnitt sammen, omhandler det samme saksforhold, men er rettet mot forskjellig helsepersonell. Mye av innholdet i disse sakene er nødvendigvis likt. På grunn av ordbegrensningen har jeg derfor i fotnotene brukt en henvisningsteknikk

som innebærer at der jeg kun henviser til dato, betyr dette at samme informasjon står i de andre avgjørelsene fra samme dato. Der jeg i tillegg skriver type helsepersonell, sikter jeg kun til den ene spesifikke avgjørelsen. De fleste avgjørelsene fra Statens helsetilsyn har jeg fått tilgang til gjennom innvilget innsyn. Avgjørelsene er anonymisert, og da datoen for avgjørelsen er fjernet i flere av sakene, har jeg i disse tilfellene måtte hen vise til type helsepersonell som avgjørelsen retter seg mot.

Rundskriv

Statens Helsetilsyn. *Vedrørende taushetsplikt samarbeid mellom helsetjenesten og kommunale barnevernmyndigheter*. Rundskriv IK-1/1996. Oslo, 1996.

http://www.helsetilsynet.no/upload/regelverk/rundskriv/htil_gamle_rundskriv/IK-1-1996.pdf.

Barne- og familiedepartementet. *Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten*. Rundskriv Q-24. Oslo, 2005.

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/rus/2005/0002/ddd/pdfv/243383-q-24_rundskriv_taushetsplikt.pdf

Sosial- og helsedirektoratet. *Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten ved mistanke om; Mishandling av barn i hjemmet, andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn, misbruk av rusmidler under graviditet*.

Rundskriv IS-17/2006. Oslo, 2006.

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonells-plikt-og-rett-til-a-gi-opplysninger-til-barneverntjenesten-politiet-og-sosialtjenesten-i-saker-som-dreier-seg-om/Publikasjoner/helsepersonells-plikt-og-rett-til-a-gi-opplysninger.pdf>

Helsedirektoratet. *Helsepersonelloven med kommentarer, Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.* Rundskriv IS-8/2012. Oslo, 2012.

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonelloven-med-kommentarer/Publikasjoner/Helsepersonelloven%20med%20kommentar.pdf>

Veiledere og informasjonshefter

Barne- og familiedepartementet. *Barnefordelingssaker der det er påstander om vold. Psykologfaglig informasjon til dommere, advokater og sakkyndige.* Informasjonshefte Q-1144 B. Oslo, 2008.

http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Veiledning%20og%20brosjyrer/2008/Info_barnefordelingssaker_paastand_om_vold.pdf.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus. *Veiledningsskriv nr. 05/95, ref. 95/15407, 27.12.1995.* I: Barnevern 2009 – 2011. Dokumentsamling. Holmstedt, Marie-Louise (red.) Oslo, 2009, s. 1058

Helsedirektoratet. *Forebygging av kjønnslemlestelse – tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelse.* Veileder IS-1746. Oslo, 2011.

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/forebygging-av-kjonnslemlestelse-tilbud-om-samtale-og-frivillig-underlivsundersokelse/Publikasjoner/forebygging-av-kjonnslemlestelse-tilbud-om-samtale-og-frivillig-underlivsundersokelse.pdf>

Sosial- og helsedirektoratet og barne- og familiedepartementet. *Seksuelle overgrep mot barn - En veileder for hjelpeapparatet.* Veileder IS-1060. Oslo, 2003.

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/seksuelle-overgrep-mot-barn-en-veileder-for-hjelpeapparatet/Publikasjoner/seksuelle-overgrep-mot-barn.pdf>.

Brev og tolkningsuttalelser fra departementene

Barne- og familiedepartementet. *Brev, ref. 94/00226*. 22.8.1994. I: Holmstedt, Marie-Louise. Barnevern 2009 – 2011. Dokumentsamling. Oslo, 2009, s. 1053

Barne- og familiedepartementet. *Brev, ref. 93/05668*. 14.11.1994. I: Holmstedt, Marie-Louise. Barnevern 2009 – 2011. Dokumentsamling. Oslo, 2009, s. 1054

Barne- og familiedepartementet. *Brev, ref. 94/02114*, 15.12.1994. I: Barnevern 2009 – 2011. Dokumentsamling. Holmstedt, Marie-Louise (red.) Oslo, 2009, s. 1055

Barne- og familiedepartementet. *Brev, ref. 94/03218*, 23.3.1995. I: Barnevern 2009 – 2011. Dokumentsamling. Holmstedt, Marie-Louise (red.) Oslo, 2009, s. 1056

Barne- og familiedepartementet. *Brev, ref. 01988*, 11.3.1997. I: Barnevern 2009 – 2011. Dokumentsamling. Holmstedt, Marie-Louise (red.) Oslo, 2009, s. 1064

Helse- og sosialdepartementet. *Opplysningsplikt for helsepersonell etter pålegg fra barnevernet m.fl.* Svarbrev til Statens helsetilsyn, ref. 98/05322 HA2 RH/mos, 30.3.2001.
<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/prf/2005/0016/ddd/pdfv/224977-pixeditdoc22.pdf>

Barne- og familiedepartementet. *Spørsmål om opplysningsplikt for ambulansepersonell.* Brev, ref. 200602049, 24.4.2006.
http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/brev/prinsipputtalelser_og_fortolkninger/2006/barnevernloven--6-4.html?id=103072 [Sitert 13.3.2013]

Helse- og omsorgsdepartementet. *Tannhelsetjenesten og meldeplikt til barneverntjenesten.* Svarbrev til Barneombudet, ref. B200607600-/HL, 15.4.2010.
<http://www.barneombudet.no/sfiles/11/92/2/file/svar-fra-helse-og-omsorgsdepartementet.pdf> [Sitert 13.3.2013]

Helse- og omsorgsdepartementet. *Helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten.*

Brev til alle landets kommuner, ref. 201001300-/RH, 7.5.2010.

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/HRA/201001300RH07052010.pdf> [Sisert 29.1.2013]

Bøker

Befring, Anne Kjersti c., Grytten, Nils J. og Ohnstad, Bente. *Jus for leger*. Kristiansand, 2002

Befring, Anne Kjersti og Ohnstad, Bente. *Helsepersonelloven - med kommentarer*, 3. utgave. Bergen, 2010

Bertelsen, Tor Ehlers. *EMK, Kommentarer til bestemmelsene om individets rettigheter og friheter*. Bergen, 2011

Børresen, Pål. *Barnevern og familievern en juridisk og barnevernfaglig fremstilling av et kontroversielt emne*. Oslo, 1995

Eckhoff, Torstein og Helgesen, Jan E. *Rettskildelære*, 5. utgave, 4. opplag. Oslo, 2010

Haugli, Trude. *Det mangfoldige barnets beste*. I: Bonus Pater Familias, Festskrift til Peter Lødrup. Bull, Kirsti S., Hagstrøm, Viggo og Tjomsland, Steinar (red.). Oslo, 2002, s. 313-327.

Holmstedt, Marie-Louise. *Barnevern 2009 – 2011. Dokumentsamling*. Oslo, 2009

Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak. *Velferdsrett II Barnevern- og sosialrett*. 4. utgave, 1. opplag. Oslo, 2012

Lindboe, Knut. *Barnevernrett. Juridisk håndbok i barnevern*. 3. utgave. Oslo, 1998

Lindboe, Knut. *Barnevernrett*. 6. utgave. Oslo, 2012

Mathiesen, Thomas. *Retten i samfunnet. En innføring i rettsosiologi*. 6. utgave. Oslo, 2011

Oma, Arild. *Teieplikt og samarbeid innanfor velferdstenestene*. Oslo, 1998

Ofstad, Kari og Skar, Randi. *Barnevernloven med kommentarer*. 5. utgave 1. opplag. Oslo, 2009. I: Gyldendal Rettsdata

Ohnstad, Bente. *Taushetsplikt, personvern og informasjonssikkerhet i helse- og sosialsektoren*. 2. utgave. Oslo, 1997

Ohnstad, Bente. *Velferd, rettsikkerhet og personvern*. Bergen, 2011

Rasmussen, Ørnulf. *Kommunikasjonsrett og taushetsplikt i helsevesenet*. Disputasutgave. Bergen, 1994

Warberg, Lasse A. *Norsk helserett*. Oslo, 1995

Warberg, Lasse A. *Norsk helserett*. 2. utgave. Oslo, 2011

Tidsskrift

Andersen, Njål Wang. *Melde- og opplysningsplikt overfor barneverntjenesten*. I: Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål, FAB 2008-1, s. 27-49

Befring, A.K. *Rettskilder ved juridiske vurderinger*. I: Tidsskrift for Den norske legeforening, nr. 20, 23.10.2003. <http://tidsskriftet.no/article/904490>

Bendiksen, Lena Renate L. *Skal sladrebank selv ha bank?* I: Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål, FAB 2008-3, s. 182-195

Cairns, Alison, Murphy, Michael og Welbury, Richard. *An Overview and Pilot Study of the Dental Practitioners Role in Child Protection*. I: Child Abuse Review vol. 13: 65-72, 2004, doi: 10.1002/car.833

Fonn, Marit. *Sykepleiere svikter meldeplikten*. I: Sykepleien 13/2009, s. 24-33. <http://www.sykepleien.no/Content/272287/09sy13.pdf>

Nettsider

Befring, Anne Kjersti og Ohnstad, Bente. Kommentarer til Helsepersonelloven. I: Norsk lovkommentar nettversjon. [Sitert 28.1.2013]

Bergström, Karin Anna Elisabet. *Underrapportering av meldinger om flyktningbarn?* I: Psykososialt arbeid med flyktningbarn – Introduksjon og fagveileder. Neumayer, Sissel M. (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress), Gravråkmo, Solveig, Skreslett, Arve (Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge), Borchgrevink, Marit C. (Psykososialt team for flyktninger i Nord-Norge), Selle, Hildegun (Psykososialt Team Sør) (red.), Oslo, 2006, s. 158.

<http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/PsykososialtArbeidFlyktningbarnVeileder.pdf> [Sitert 17.1.2013]

Committee on the Rights of the Child. *General comment No. 13, The right of the child to freedom from all forms of violence*. 18.4.2011.

http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_en.pdf [Sitert 2.4.2013]

Den Norske Legeforening. Kristoffersen, Emil, Saltnes, Hege, Kongelstad, Ketil, Siva, Christian og Hagesveen, Arild (red.) *Fortelling, funn, fortolkning og formidling. En praktisk veileder for legers attestarbeid – i spennet mellom innsikt, innlevelse, rammer og ressurser*. Oslo, 2008.

[http://legeforeningen.no/PageFiles/30457/En%20praktisk%20veileder%20for%20legers%20attestarbeid%20\(pdf\).pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/30457/En%20praktisk%20veileder%20for%20legers%20attestarbeid%20(pdf).pdf)

Fylkesmannen i Oppland. Fylkesmann Kristin Hille Valla og fylkeslege/avdelingsdirektør Hans Tomter. *Helsepersonell – alltid barnas venn?* 25.1.2013

<http://fylkesmannenoppland.wordpress.com/2013/01/25/helsepersonell-alltid-barnas-venn/>
[Sitert 2.4.2013]

Kommentarer til Lov om Social service (LBKG 2012-07-19 nr. 810), Kapittel 27 § 153. I: Karnov Danmark, nettversjon.

http://jura.karnovgroup.dk/document/7000523084/7?versid=197-1-2001#LBKG2012810_P153 [Sitert 14. mars 2013]

Hove, Harald. Kommentarer til Barnevernloven. I: Norsk lovkommentar nettversjon. [Sitert 28.1.2013]

Høstmælingen, Njål og Wille, Petter F. Kommentarer til BK artikkel 19. I: Norsk lovkommentar nettversjon. [Sitert 30.1.2013]

Møse, Erik og Aall, Jørgen (t.o.m. 2005), Nordeide, Ragnar (f.o.m. 2006). Kommentarer til EMK artikkel 8. I: Norsk lovkommentar nettversjon. [Sitert 21.2.2013]

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). *PILOTVERSJON Håndbok for helsepersonell ved mistanke om fysisk barnemishandling*. Oslo, 2013.

<http://www.nkvts.no/sites/Barnemishandling/Pages/index.aspx> [sitert 28.1.2013]

Regjeringen, koordinert v/ Justisdepartementet. *Regjeringens strategi for forebygging. Fellesskap - trygghet – utjevning*. G-0418 B. Oslo, 2009.

<http://www.regjeringen.no/upload/JD/Vedlegg/Rapporter/Forebyggingsstrategi.pdf> [Sisert 14.2.2013]

Riedl, Tore Roald. *Om opplysningsplikten til barnevernet – lovteknikk til besvær?* Oslo, 2010. <http://www.ivarjohansen.no/temaer/barn-og-unge/2361-opplysningsplikt-barnevern.html> [Sisert 4.2.2013]

SINTEF Helse. *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbud for barn og unge*. Rapport 03/05. Trondheim, 2005. http://sintef.net/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Rapport_03-05_Kunnskapsstatus_barn_og_unge.pdf [Sisert 14.2.2013]

Tønsberg blad. *Thorkildsen vil gi barna rett hjelp til rett tid*. 5.4.2013. <http://touch.tb.no/nyheter/thorkildsen-vil-gi-barna-rett-hjelp-til-rett-tid-1.7834452> [Sisert 6.4.2013]

Andre kilder

Riedl, Tore Roald. Opplysningsplikten til barnevernet. Forelesningsdisposisjon.

Anne Rønneberg, spesialist i pedodonti. *Tannhelsetjenestens rolle i forbindelse med mistanke om overgrep og barnemishandling*. Foredrag holdt på Tannhelsedagene i Tromsø, 11.9.2007